FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

433

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplômé d'État)

par

Paul, Yves VALLAS

né le 16 Octobre 1935 à BLOIS (Loir-et-Cher)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PROBLÈMES ARCHITECTURAUX ET CONCEPTUELS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MODERNE

Président: M. Jean DELAY, *Professeur*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962

THESE N° _

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Paul, Yves VALLAS

né le 16 octobre 1935, à BLOIS (L & Ch.)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROBLEMES ARCHITECTURAUX ET CONCEPTUELS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE MODERNE.

Président : M. Jean DELAY, Professeur.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1-10-1960 PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN(E.) HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof.r à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " (Prof.r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof.r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon)	SICARD (A.)
(Cochin)	N.
(Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
(Pitié)	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(SALPETRIERE)	MOULONGUET (P.)
(Tenon)	LORTAT-JACOB (J.L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire(Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS(R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)..... N.
Cliniques médicales ..... (Boucicaut ..... LENEGRE
(Broussais ..... SOULIE (P.)
(Cochin ..... JUSTIN-BESANÇO
(Cochin ..... BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(St-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales .... (Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(FOCH (Suresnes) ..... MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul).. LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin) ..... N.
Embryologie ..... GIROUD (A.)
" (Prof.r à titre personnel) ..... TUCHMANN-DUPLESSIS (
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Histologie ..... VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive ..... JOANNON (P.)
" " (Prof.r à titre personnel)..... DEPARIS (M.)
Médecine du Travail ..... DESOILLE (H.)
Médecine légale ..... PIEDELIEVRE (R.
Microbiologie (Bactériologie et virologie) ..... FASQUELLE (R.)
Parasitologie ..... GALLIARD (H.)
" (Prof.r à titre personnel) ..... BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale ..... COUVELAIRE (R.)
" (Prof.r à titre personnel) ..... LAURENCE (G.)
Pathologie exotique ..... LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée ..... MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale ..... MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales ..... BOUDIN (G.)
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J.)
" (Prof.r à titre personnel)..... LEVY (Mlle J.)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN(E.) HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof.r à titre personnel).....	ETTORI (J.)
" " (Prof.r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof.r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)...	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	N.
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(SALPETRIERE	MOULONGUET (P.)
(Tenon	LORTAT-JACOB (J.L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire(Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS(R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne).....	DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P.)
Cliniques médicales (Cochin	JUSTIN-BESANÇON
Cliniques médicales (Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales (St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (FOCH (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
" (Prof.r à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (R
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
" " (Prof.r à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
" (Prof.r à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
" (Prof.r à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
" (Prof.r à titre personnel)	LEVY (Mlle J.)

Physiologie ..... BINET (L.)
" (Prof.r à titre personnel) ..... BARGETON (D.)
" (" ") ..... PARROT(J.)
Physiologie et pathologie obstétricale ..... LEPAGE (F.)
Physique médicale ..... DOGNON (A.)
" " (Prof.r à titre personnel) ..... DJOURNO (A.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale .. LEGER (L.)
Thérapeutique ..... CONTE (M.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES :

MM.

Anatomie ..... CABROL (C.), COUINAUD (C.), OLIVIER (G.)

GAUTHIER-VILLARS

Anatomie pathologique ... pr. s. ch., BUSSER (F.), GOUYGOU (Ch.), ORCEL (L.), PAILLAS (J.)

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G.)

Bactériologie ..... BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), TOURNIER (P.)

Biochimie médicale. DESGREZ (P.) pr.s.ch., POLONOSKI (J.) m. conf.

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports PLAS (F.)

Carcinologie ..... DENOIX (P.), MATHE (G.)

Dermato-Syphiligraphie .. DUPERRAT (B.)

Electro-Radiologie... LEDOUX-LEBARD (G.)

Hématologie ..... BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.)

Histologie ..... COUJARD (R.) pr.s.ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)

Hydrologie ..... CORNET (A.)

Hygiène ..... BOYER (J.) pr.s.ch., CORRE-HURST (Mme L.)

Maladies infectieuses ... BASTIN (R.), DUPONT (V.)

MM.

Ophtalmologie ..... BREGEAT (P.), SARAUX (H.)

Orthopédie ..... JUDET (R.), RAMADIER (J.)

Oto-rhino-Laryngologie . DEBAIN (J.)

Parasitologie ..... CHABAUD (A.)

Pathologie chirurgicale ..... BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX (J.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.), DUBOST(Cl.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GERMAIN (A), LOYGUE (J.), MERCADIER, PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)

Pathologie exotique.. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale ..... CROSNIER (J.), HARTMANN (L.), LOEPER (J.), MAURICE (J.), RICHET (G.)

Pathologie médicale.. AUSSANNAIRE (M.), BOUR (H.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (H.), BROCARD (H.), BUGE (A.), CASTAIGNE (P.), m. conf.

	MM.
Médecine légale	DEROBERT (L), p.s.ch.
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Obstétrique	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBET (M.)
	THOYER-ROZAT
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale.....	GOUGEROT (L), m. conf., p.s.ch.
	KELLERSHOHN

	MM.
Pathologie médicale..	CATINAT (J.
	CONTAMIN (
	COURY (C.)
	FREZAL (J.
	HOUSSET (E.
	LAROCHE (C
	LESOBRE (R.
	MACREZ (C.
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT
	p.s.ch.
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (
Pneumo phtisiologie..	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (
Stomatologie	CERNEA (P.
	CHAPUT (Mm
	m.c.agr.
	GRELLET (M.
Thérapeutique	CHASSAGNE
	LAMOTTE (M.
Urologie	QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
A natomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale ...	ABOULKER (P.)
	AMELINE (A.), p.s.ch.
	HUGUIER (J.)
	OLIVIER (C.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J.M.)
Clinique médicale.....	DOMART (A.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.
	MAYER (M.)
	RAVINA (J.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES
	OFFRET (G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique.	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (BOLTANSKI (E.) (LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G) Mme ROCHE (L.)
Conservateur en Chef ..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur ..... Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires ..... (Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) (Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), (QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

A ma femme

A Monsieur le Professeur DELAY

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Docteur DREYFUSS

qui m'a proposé ce sujet de thèse et m'a guidé dans toutes les étapes de sa réalisation.

Puisse-t'il m'avoir, avec ses idées sur l'architecture psychiatrique, transmis quelques-unes de ses qualités de psychiatre.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond dévouement.

A Monsieur le Docteur ANGLADE

Qui fut mon premier Maître.
A travers sa personne et son
enseignement, j'ai appris à
aimer la psychiatrie.

En témoignage de ma
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur NICAISE

Que je remercie de sa
bienveillance à mon égard.

INTRODUCTION

Il peut sembler à première vue que le sujet de cette étude ait le double défaut de pêcher par immodestie et de n'effleurer que de très loin les problèmes médicaux.

Quelle clarté peut apporter en effet le néophyte que nous sommes dans un problème sur lequel des experts aussi nombreux qu'éminents se sont penchés ? Par ailleurs, n'est-ce pas une intrusion naïve et maladroite dans un domaine qu'il faut laisser aux hommes de l'art : les architectes ?

Aussi, notre propos sera modeste.

Dans une première partie, nous tenterons de faire l'historique des conceptions architecturales en matière d'hôpitaux psychiatriques, de l'Antiquité jusqu'à la guerre de 1939, qui là aussi, comme dans de nombreux domaines, a causé un arrêt brutal dans l'évolution de l'assistance aux malades mentaux.

Notre seconde partie sera consacrée à l'adaptation de l'architecture hospitalière, compte-tenu des progrès considérables accomplis dans l'efficacité des autres éléments de l'arsenal thérapeutique psychiatrique. Ce chapitre sera artificiellement, mais par souci d simplification, divisé en deux parties :

- d'une part, l'étude des publications et rapports ayant

trait à cette question,

- d'autre part, les réalisations effectuées tant sur le plan de l'amélioration des vieux établissements que sur celui de l'édification d'hôpitaux modernes et adaptés.

Notre troisième chapitre sera consacré à l'avenir. Venant d'envisager le problème sous un angle analytique, nous tenterons de faire une synthèse des conceptions admises, puis nous émettrons des critiques que nous pensons constructives, et des suggestions sur ce que pourrait être l'hôpital psychiatrique de demain.

Pour nous faire pardonner la prétention que nous avons d'aborder un sujet aussi complexe, nous invoquerons le cours de notre internat. Ayant accompli en effet pendant deux années les fonctions d'interne à l'Hôpital psychiatrique du Mans, nous poursuivons notre seconde année d'internat au Centre psychothérapique de Brienne-le-Château. C'est dire qu'ayant quitté un hôpital amélioré, rendu fonctionnel par l'activité incessante de notre Maître, Monsieur ANGLADE, mais malgré tout, plus que centenaire, nous arrivâmes dans un Centre parfaitement adapté à l'évolution psychiatrique, et que, les signatures nombreuses du livre d'or en témoignent, beaucoup de pays nous envient.

Aussi, lorsque notre Maître, Monsieur DREYFUSS, nous proposa ce projet de thèse, nous acceptâmes d'emblée. Le problème, en effet, ne nous éloigne pas de la psychiatrie, mais nous y plonge plus intimement. Monsieur BOUQUEREL disait en effet : "Le psychiatre, plus quetout autre, reflète non seulement la conception qu'il a de sa profession, mais sa personnalité entière dans le plan qu'il imagine pour l'établissement où il soigne ses malades."

Monsieur SIVADON situe parfaitement le problème : "Tandis que l'asile classique était prévu très justement pour répartir les

malades mentaux en différentes catégories, de manière à leur rendre leur séjour plus confortable pour eux-mêmes, moins dangereux pour la société, l'hôpital psychiatrique d'aujourd'hui, et surtout celui de demain doit être prévu pour organiser la vie sociale de telle façon que les manifestations majeures de l'aliénation s'apaisent, s'atténuent, voire disparaissent si possible, du fait même de la structure de l'hôpital."

L'asile était fait pour l'aliéné, tandis que l'hôpital est fait pour désaliéner.

P R E M I E R E P A R T I E

APERÇU HISTORIQUE DES CONCEPTIONS ARCHITECTURALES EN MATIERE D'HOPITAUX PSYCHIATRIQUES.

I - "LA PREHISTOIRE" DE LA PSYCHIATRIE.

Pendant fort longtemps, les malades mentaux ne devaient pas être reconnus en tant que tels, soit qu'on les ait ignorés, soit qu'on ait adopté à leur égard une solution carcérale. De toute façon, "ils restaient pour la plupart, comme pris dans la masse d'une humanité trop folle elle-même pour que la folie prit, à ses yeux, un sens". (Henri EY).

La période pré-hippocratique nous donna le spectacle de ces fous enchainés au coin des maisons, ou attachés aux colonnes des temples.

HIPPOCRATE eut conscience de la nature pathologique de la folie et, combattant les pratiques médico-religieuses en honneur à l'époque, préconisa un traitement médical.

Après lui, HEROPHILE, CELSE, ARETEE, COELIUS, AURELIANUS, GALIEN, continuèrent dans cette voie.

Par contre, PLATON semble avoir résolu le problème d'une façon aussi simple qu'économique puisque nous lisons dans "La République" (Livre 11, Chapitre 13) : "Si quelqu'un est fou, qu'on ne le voie pas publiquement dans la ville, mais que ses parents s'occupent de lui à domicile aussi bien que possible, et, s'ils sont négligents, faites-leur payer une amende".

Les véritables établissements pour aliénés furent donc, semble-t'il, fort rares dans l'Antiquité. On cite les sanctuaires d'Epidaure (VIe siècle avant J.C.), l'Aesculapium de Pergame (Ve au IIe siècle av. J.C.).

II - LE RÔLE PRÉCURSEUR DES PAYS ISLAMIQUES.

Si l'on excepte la colonie de Gheel fondée d'après la tradition au VIIe siècle, un monastère à Cologne et quelques refuges en Angleterre, nous constatons que c'est aux pays musulmans que revient le mérite de s'être penchés le plus attentivement sur ce problème.

Faut-il citer l'Hôpital de Fez au VIIe siècle, le Moristan du Caire ? L'asile de Grenade (1), construit sous la direction de Mahomet, qui gouvernait alors (1367) nous en donne un autre exemple ; il s'agissait d'un centre fort bien structuré, de forme rectangulaire, comprenant des bâtiments à deux étages situés autour d'une cour centrale.

En Turquie, en 1460, Mahomet II le Conquérant (2) fonda un établissement déjà dirigé par des médecins, et MOREAU (de Tours), qui visita ses ruines en 1892, en admira la conception. Autant que l'on puisse se faire une idée de la valeur de cette institution sur les seuls vestiges, il semble que les conceptions en étaient beaucoup plus modernes et fonctionnelles que le fameux Bedlam Hospital de Londres, devenu ensuite le Bethleem Hospital.

---

(1) Lopez IBOR, loc. cit.

(2) Sükrü AKSEL, loc. cit.

III - AU XVe SIECLE, EN PAYS CHRETIEN.

1) Au XVe siècle, en effet, l'Europe chrétienne ne donnait guère l'exemple en ce domaine, et nous ne pouvons que ressortir le cliché de l'obscurantisme du Moyen-Age, époque pourtant de vive spiritualité, mais qui ne restera, en psychiatrie du moins, que comme une phase bien sombre. Le sort des malades mentaux, aux XIVe et XVe siècles n'était guère enviable ; à cette époque de foi éclatante, mais où le sectarisme régnait en maître, les maladies mentales étaient considérées comme d'origine surnaturelle, c'est-à-dire que pour la plupart des auteurs de cette époque, les notions de maladie diabolique et d'aliénation mentale étaient équivalentes ; aussi les traitements religieux ou magiques en constituaient-ils la thérapeutique spécifique.

A l'appui de ces dires, un témoignage est fourni avec éclat par le fameux "Malleus maleficarum" soumis par deux Dominicains à la Faculté de Théologie de Cologne en 1486. Ce livre qui fut l'instrument de l'Inquisition contient dans sa troisième partie les remèdes à apporter à cette action diabolique dont l'effet est la maladie mentale ; ce sont : le feu, l'autodafé et autres tortures...

Hélas, l'ouvrage eut un retentissement considérable pendant de très longues années, et ce, malgré les écrits de Saint-Thomas-d'Aquin qui proclamaient l'irresponsabilité morale des insensés,et malgré aussi les lois canoniques prescrivant de faire appel aux médecins pour apprécier la folie dans les procès de sorcellerie.

Un autre apôtre de l'antisorcellerie fut Jean WIER qui, plus tard, avec J. SCHENK et le prêtre TROIS-ECHELLES restera comme l'un des auteurs de la"première révolution psychiatrique" selon la

formule de ZILBOORG.

2) C'est dire qu'il convient de souligner avec insistance l'oeuvre très courageuse, en la fin de ce même XVe siècle, de Saint-Jean-de-Dieu. Ce religieux se révolta contre la thérapeutique barbare qui consistait à placer les malades mentaux dans des cachots où ils étaient fouettés avec des cordes à noeuds ou des verges, et mis aux fers. Il eut la hardiesse de séparer les malades par catégories, et de les soigner en lits individuels. Enfin, il demanda aux disciples qu'il spécialisa dans cette oeuvre d'ajouter aux trois voeux monastiques classiques celui d'hospitalité.

IV - AU XVIe SIECLE.

1) Si nous envisageons d'autres pays de civilisation chrétienne comme le Brésil et le Pérou, qu'y voyons-nous aux XVe et XVIe siècles ?

A) Au Brésil, pendant toute la période coloniale, c'est-à-dire de 1500 à 1822, les hôpitaux ne suffisaient pas à contenir les aliénés et, de plus, comme l'on avait peur d'eux, on les enfermait dans des caves où on les y laissait sans les faire bénéficier du moindre traitement médical. (M. de MEIDEROS, loc. cit.)

B) Au Pérou, l'assistance mentale a commencé au milieu du XVIe siècle, et il existait déjà en 1552, à l'Hôpital San Andrès de Lima un local plus spécialement affecté à ces patients. Très vite, un autre établissement, San Pedro, leur fut destiné. Mais là, comme ailleurs, les paroles de Saint-Jean-de-Dieu n'avaient guère trouvé écho. Les folles tranquilles étaient mises en cellules ; quant aux furieuses, elles étaient enchainées à une poutre centrale, etce, de telle façon qu'elles ne puissent s'éloigner que de quelques pas. (Honorio DELGADO, loc. cit.)

2) Revenons maintenant en France, et voyons comment se faisait l'assistance aux aliénés.

A la fin du XVIe siècle, sous le règne de Henri III, suivons les "insensés" admis par exemple à l'Hôpital des Petites-Maisons. Ils y sont enfermés avec les mendiants incorrigibles, les estropiés, les impotents, les enfants teigneux et les syphilitiques. On ne les laisse pas avec les autres pensionnaires, et c'est à eux que reviendra le privilège d'occuper "ces petites loges et eschoppes de 9 à 12 pieds en carré chascune", qui subdivisaient les bâtiments en autant de petites cellules juxtaposées, d'où le nom de Petites-Maisons.

Dans une thèse soutenue en Sorbonne, et qui a été publiée récemment, Michel FOUCAULT (1) décrit un autre mode d'existence des "insensés" à l'aube de la Renaissance. Il raconte l'histoire de ces "étranges bateaux ivres le long des calmes fleuves de la Rhénanie et des canaux flamands, portant de ville en ville leur cargaison démentë, scènes qui ont été immortalisées par le tableau de Hiéronymus BOSCH, et le poème de BRANT.

Pourtant, à la faveur de la Renaissance, des écrivains comme MONTAIGNE, RABELAIS et d'autres médecins essayèrent de combattre les préjugés du public, et aussi du monde médical, en préconisant des procédés rationnels de thérapeutique, la douceur et la psychothérapie.

V - DU XVIIe SIECLE A PINEL.

Au XVIIe siècle se fait déjà une subdivision qui préfigure les établissements pour malades aigus et chroniques.

---

(1) "Histoire de la Folie", Plon, 1961.

En effet, les malades mentaux étaient d'abord admis à l'Hôtel-Dieu, où, à la suite d'une ordonnance du 16 septembre 1660, quelques places leur étaient réservées.

L'Hôtel-Dieu ne gardait que les cas curables ; les autres étaient transférés soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière. "Cette incurabilité officiellement reconnue, écrit le Docteur BONNAFOUS-SERIEUX, devait par la suite faire négliger le traitement".

Toutefois, du moins jusqu'en 1730, les aliénés tranquilles conservaient une certaine liberté ; les agités étaient généralement enchaînés et occupaient des cellules étroites, humides, mal éclairées. Maxime du Camp, dans ses "Etudes sur les aliénés de Paris" nous brosse un tableau de Bicêtre à l'époque :

"C'était la renfermerie du Moyen-Age dans ce qu'elle avait de plus hideux, c'était à la fois une geôle, une maison de correction, un pénitencier, un hôpital : assassins, débauchés, malades, indigents, idiots, gâteux, vivaient pêle-mêle dans la plus affreuse promiscuité; d'un mot, c'était un cloaque. Les aliénés, comme des bêtes dangereuses, étaient tenus à part, enfermés dans des cabanes de 6 pieds carrés qui ne recevaient d'air et de jour que par le guichet dont la porte était fermée. Enchaînés par le milieu du corps, portant des fers aux pieds et aux mains, nus pour la plupart... ne recevant ni soins, ni médicaments, les malades étaient dans un état de fureur permanente....."

A côté de cela, Saint-Lazare, où oeuvra Monsieur VINCENT semblait l'idéal pour l'époque. C'était, comme le déclare le Docteur VIE "le prototype de la maison de santé basée sur une indication de thérapeutique, sur la foi en la possibilité de guérir les maladies et les anomalies mentales".

Donc, pratiquement, sauf de rares exceptions, on ignorait

jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, que l'on put traiter et guérir les aliénés. On se préoccupait seulement de sauvegarder l'ordre public en les enfermant soit dans des hôpitaux, soit dans des maisons de correction, de toute façon dans des endroits cachés et malsains. Comme de plus, on les croyait doués d'une force physique extraordinaire, on les maintenait enfermés dans de solides cellules et, par surcroit de précautions, enchaînés. Et souvent, on allait jusqu'à les battre sous le couvert de nobles principes.

VI - LE DEBUT D'UNE ERE NOUVELLE.

C'est seulement vers le milieu du XVIIIe siècle qu'eut lieu en Grande-Bretagne l'édification du premier asile construit expressément et uniquement pour le traitement des aliénés, l'établissement Saint-Luc, à Londres.

En France, dès avant la Révolution, COLOMBIER, Inspecteur Général des Hôpitaux du Royaume, dans son Instruction de 1785 sur la manière de gouverner les insensés, rappelle que "c'est aux êtres les plus faibles et les plus malheureux que la Société doit la protection la plus marquée et le plus de soins". Et dans cette même instruction se trouve indiquée la notion de "tri" des différents malades.

De même, TENON, en 1788, insiste sur l'importance des bâtiments hospitaliers dans le traitement des malades mentaux.

Ce n'est pas qu'à l'époque, les maisons d'aliénés aient manqué. COLOMBIER remarquait : "On a multiplié les asiles pour ces malheureux, soit par les fondations particulières, soit aux frais du gouvernement." La Bastille elle-même fonctionnait comme maison de santé.

Mais, ainsi que l'écrit Henri EY, "les grands gestes philanthropiques n'étaient pas encore accomplis, ces gestes symboliques qui devaient marquer avec éclat la naissance de la psychiatrie."

Aussi, c'est PINEL qui mérite, aux yeux de l'Histoire le titre de "libérateur" des aliénés lorsque, médecin à Bicêtre en 1793, il entreprit avec l'aide de son surveillant POUSSIN de déchaîner ses malades. Il eut d'autant plus de courage à oeuvrer dans ce sens qu'il encourut les foudres du Conventionnel COUTHON.

Nous nous devons de citer ce passage du "Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale" que PINEL écrivit en 1809 :

"La disposition intérieure et les avantages du local sont des objets d'une si haute importance dans un hospice d'aliénés qu'on doit désirer de voir un jour un établissement nouveau destiné à cet usage et digne d'une nation puissante et éclairée ; mais l'architecte prendra-t'il encore pour modèle de ses constructions les loges où l'on enferme des animaux féroces ? Et un aliéné n'a-t'il pas besoin aussi de respirer un air pur et salubre ?"

Les efforts de PINEL ne demeurèrent pas sans écho ; c'est ainsi qu'en Allemagne LANGERMANN imita son geste, et devait rencontrer moins d'oppositions que lui.

En France, ESQUIROL réalisa ensuite d'importantes réformes dans l'habitat et le régime ; FERRUS eut l'idée de créer la première ferme employant uniquement des aliénés.

Le geste de PINEL ne devait pas tout bouleverser du jour au lendemain, et deux textes mieux que tout montrent ce qui se passait encore tant en France qu'en Angleterre.

Voici d'abord ce qu'écrit ESQUIROL dans son Mémoire au Ministre de l'Intérieur en 1818 :

" Je les ai vus couverts de haillons, n'ayant que la

paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales... Voilà ce que j'ai vu presque partout en France, voilà comment sont traités les aliénés presque partout en Europe."

L'Angleterre, qui devait plus tard mettre en honneur le non-restraint, n'était guère plus avancée, et le promoteur de ce mouvement, le Docteur CONOLLY, décrit ainsi l'Hôpital de Bethléem :

"Dans la galerie des femmes aliénées les commissaires trouvèrent des malades enchaînées aux murs par les bras ou les jambes. Le seul mouvement qu'il leur fût possible d'accomplir était de s'asseoir ou de se lever sur la barre fixée à la muraille. L'habillement consistait en une espèce de chemise qui n'était pas même fixée autour des reins, et les pieds nus de ces malheureuses reposaient sur la dalle froide et humide. Quelques-unes de ces aliénées étaient tombées en imbécillité, et leurs habitudes de saleté égalaient leur état ordinaire de fureur. Mais il en existait d'autres, qui, complètement inoffensives et capables encore de comprendre leur triste situation, étaient pareillement les victimes d'un état de choses aussi déplorable.

"L'intérieur des cellules offrait un spectacle affreux. Ces repaires, que les commissaires comparent à des niches à chiens, étaient occupés par des malades de l'un ou l'autre sexe, fixés aux murs par des chaînes en fer, qui remplaçaient généralement la camisole de force.

"On y trouvait des femmes ou des hommes dans un état de

complète nudité, ou n'ayant pour tout vêtement qu'une espèce de chemise, la plupart du temps déchirée, sale et immonde.

"Croit-on qu'il soit possible d'ajouter quelque chose à de pareils détails ? Cette possibilité existe, car il n'y avait pas d'hospice d'aliénés qui ne renfermait des malheureux plus à plaindre encore que ceux dont je viens de signaler la position. Je veux parler des aliénés qui, maintenus à perpétuité sur leurs lits au moyen de chaînes ingénieusement passées autour des membres, du tronc et du cou, étaient conséquemment incapables d'opérer aucun mouvement. C'est dans cet affreux état que vécut pendant deux ans à Bethlem un infortuné... Le malheureux dont je parle s'appelait Norris ; il vécut douze ans enchaîné, immobile, et mourut une année après sa délivrance. On constata que pendant ce temps, il avait été raisonnable dans sa conversation."

Ces textes montrent bien que le geste de Pinel n'eut pas l'efficacité de la baguette magique des bonnes fées. Malgré tout, l'élan était donné, à tel point que cela devait attirer en France l'attention du législateur, et qu'il en résulterait la loi de 1838.

Les principales nations européennes s'attaquèrent donc à résoudre le problème de l'assistance aux malades mentaux, mais dès le départ, les prises de positions furent différentes, au moins sur deux points :

- d'une part, la séparation entre malades "aigus", et malades dits "chroniques",
- d'autre part, les conceptions architecturales proprement dites.

A) <u>Séparation entre malades "aigus" et "chroniques"</u>.

Ce problème fut résolu de manière différente suivant les pays. C'est ainsi qu'à la Salpêtrière, on divisa l'établissement en différentes sections pour ces deux sortes de malades, alors qu'en

Allemagne, et aussi en Angleterre, on adopta un principe tout différent. Le motif qui inspira ces deux pays étrangers est en particulier d'ordre économique. En effet, voulant mettre en usage les nouvelles tentatives de réforme, on préféra, faute de crédits suffisants, en faire bénéficier les malades curables, pour qui l'on construisit des asiles.

Ce point de vue, en soi discutable, eut au moins l'avantage de démontrer aux médecins en général, et aussi au grand public, que l'on pouvait guérir la folie, et que la création d'hôpitaux actifs convenablement équipés, tant au point de vue matériel que du point de vue médical, entrainait des guérisons relativement fréquentes et rapides.

On eut d'ailleurs tout lieu de se réjouir, compte-tenu de l'époque, des résultats de ce système partout où l'on fit une juste répartition entre les hôpitaux actifs et les asiles de malades chroniques.

Dans son traité des "Maladies Mentales", GRIESENGER faisait déjà état du nombre trop important de malades contenus dans chaque établissement et demandait que ceux dont les traitements étaient réellement actifs ne dépassent pas le nombre de 100 par médecin.

Nous ne pouvons qu'admirer les idées de cet auteur. En effet, dès 1865, il précisa certaines conditions très importantes que devait remplir un asile public :

- être d'un accès facile pour les malades, près d'une ville, mais hors de celle-ci ;
- réduire au minimum les formalités d'admission pour les cas aigus ;
- traiter les indigents gratuitement, et rendre le prix

de journée accessible pour les autres ;
- ne plus inspirer de crainte au public par sa tenue.

Il insista d'autre part sur le fait qu'un asile d'aliénés n'est autre chose qu'un hôpital pour les individus atteints de maladies du cerveau, par conséquent, ni une école, ni une fabrique, ni une prison.

Déjà, il indiqua que l'on devait trouver dans ces établissements tous les moyens dont disposait la médecine ordinaire d'alors.

Au sujet de la répartition des malades, il l'envisagea tout d'abord suivant le sexe, avec dans chaque groupe au moins 5 sections :

- 1 pour les malades que l'on isole,
- 1 pour les paralytiques, les épileptiques, les déments profonds,
- 1 pour les grabataires,
- 1 pour les fous criminels,
- 1 pour les malades calmes et les convalescents.

Pour les malades ayant commis des crimes, il posa le problème de savoir s'il n'était pas plus intéressant de les laisser dans des maisons de correction que de les transférer en asile.

B) Conceptions architecturales proprement dites.

Au début de cette ère nouvelle en psychiatrie, les conceptions architecturales ne s'exprimèrent pas d'une façon univoque. C'est ainsi que chaque pays envisagea la question suivant son propre mode de vie. En Angleterre virent le jour des bâtiments imposants par leurs proportions élevées, larges, agglomérées (Hanwell contenait 1100 aliénés, Colney-Hatch plus de 1200, et cela vers 1860) ; l'aspect extérieur était assez noble, l'intérieur confortable.

La France, suivant les données d'Esquirol, construisit des pavillons isolés, quadrangulaires, n'ayant généralement qu'un étage, séparés l'un de l'autre par une pelouse de gazon. Ces pavillons s'alignaient parallèlement, réunis entre eux par des passages couverts (arcades). Ils étaient souvent construits en deux files (une pour les hommes, une pour les femmes) entre lesquelles s'interposaient les bâtiments des services généraux (laboratoires, bains, buanderie, cuisine, etc...) et la chapelle.

L'Allemagne, elle, pris souvent une solution intermédiaire mais ses conceptions se rapprochèrent plus volontiers des idées anglaises.

VII - LE DEBUT DU XXe siècle.

Avant d'envisager une période plus récente, et après avoir insisté sur la hardiesse des conceptions exprimées par GRIESENGER dès 1863, qu'il nous soit permis de citer quelques passages d'un traité d'architecture (GUADET) publié quelques années après 1900 :

" Dernièrement, je vous ai fait voir la prison, ensuite l'hôpital ; certes, le programme n'est pas le même. Mais il y a dans le régime hospitalier une catégorie d'établissements qui tient un peu des deux : c'est l'asile d'aliénés."

L'auteur précise ensuite avec justesse que suivant la commission préfectorale de 1860, ces établissements ne doivent pas contenir plus de 600 malades. Toutefois, dans les lignes qui suivent, il va indiquer que si les salles de malades ressemblent à celles d'un hôpital, le volume d'air n'a pas besoin d'être aussi grand. On se contentera de 30 m3 par malade.

L'ouvrage de GUADET est intéressant, car il exprime les

idées régnant en ce début du XXe siècle, et il va nous donner les conceptions de l'époque. Voyons les points importants qui s'en dégagent :

- chaque quartier doit posséder un préau ouvert et un préau fermé pour que les malades prennent de l'exercice ;

- le quartier des agités comprend des cellules qui, si elles sont déclarées "sinistres", sont obligatoires. Il doit y en avoir aussi pour les enfants.

L'architecte indique les normes de ces cellules comme pour les prisons, mais avec un peu plus d'espace : 3 m 60 x 2 m 25 et 3 m 70 de hauteur, soit un volume d'air de 30 m3. Ces cellules sont matelassées jusqu'à une hauteur de 2 m, la fenêtre sera à 2 m 20 du sol, formée d'un chassis en fer, et de petits carreaux en vitre-dalle. On doit y trouver un siège d'aisance. La porte doit avoir un judas vitré en forte glace, garnie d'un obturateur qui se manceuvre du dehors. A chaque cellule doit être attribué un préau découvert de 2 m sur 4, séparé par des murs élevés. Le quartier des agités doit être"soigneusement écarté des autres".

- Les parloirs pour les visites des familles doivent être placés dans le bâtiment d'administration "afin d'éviter la pénétration des visiteurs dans l'asile".

GUADET qui, indiquons-le, était Inspecteur général des bâtiments civils, et avait une chaire à l'Ecole des Beaux-Arts, termine son chapitre en indiquant les précautions particulières à prendre dans les asiles d'aliénés :

- Il faut que la détention existe, mais qu'elle soit peu apparente. Les murs extérieurs doivent avoir au moins 4 m de hauteur sans crête pour rendre les évasions plus difficiles.

- Pour éviter que ces murs ne fassent écran, ils seront

construits au fond d'un saut de loup, ou encore au fond d'une déclivité de terrain.

Cet architecte éminent insiste sur l'intérêt de la collaboration avec les médecins ; mais, bien qu'exprimées beaucoup plus tard, ses idées étaient moins hardies que celles de GRIESENGER.

Les passages cités du livre de GUADET nous ont fait entrer au début du siècle.

Insistons sur le fait que tous les psychiatres du siècle dernier avaient reconnu combien étaient liés l'assistance aux aliénés et l'aménagement spécial de ces services de malades. Ainsi, Scipion PINEL : "Sans les distributions, et sans les constructions convenables, le traitement de la folie est impossible".

PARCHAPPE pensait que "c'est par le perfectionnement successif du classement des aliénés que s'exprime et se mesure le progrès.

LUNIER, également Inspecteur général du Service des Aliénés, allait plus loin, puisque dans son rapport de 1874, il exprimait déjà la notion d'importance d'un plan général à l'échelon ministériel pour la construction, ou l'amélioration d'asiles déjà créés.

En 1911, le Comité des Inspecteurs généraux émit,au sujet des projets de construction d'asiles d'aliénés, des principes fondamentaux :

- l'intérêt au point de vue thérapeutique de ne pas donner aux malades mentaux l'impression qu'ils sont emprisonnés ;
- la spécialisation des pavillons et l'adaptation de chaque pavillon à l'usage particulier auquel il est destiné, de même que la division des asiles en hôpital et hospice.

(Dès 1903, SERIEUX contribuait à l'évolution des idées

sur le problème avec son ouvrage "l'assistance aux aliénés en France, en Italie et en Suisse".)

VIII - LA PERIODE D'ENTRE-LES DEUX GUERRES.

Nous allons maintenant étudier l'évolution des conceptions architecturales et de l'assistance aux aliénés pendant la période de l'entre-deux guerres. Pour ce faire, nous allons suivre la carrière et l'oeuvre de Julien RAYNIER, qui consacra sa vie à cette tâche.

RAYNIER, Médecin des asiles, et Inspecteur général de la Santé, fut vraiment le maître de la nouvelle école psychiatrique française dans ce domaine. Son rapport d'inspection de 1923 est un des documents de base de nos conceptions actuelles.

La première partie de ce rapport de 200 pages est consacrée à l'étude des constructions asilaires. Nous allons essayer d'en dégager les points principaux :

- Pour le plan général d'un établissement d'aliénés, il lui semble que c'est l'asile du type symétrique classique qui offre le plus d'avantages. L'asile-village, et l'asile par zones, malgré leur aspect séduisant, lui paraissent poser trop de problèmes de réalisation et de gestion ;

- une vaste étendue de terrain, tant pour l'asile lui-même, que pour le domaine attenant, doit être prévue en fonction de l'effectif; et, compte-tenu du nombre toujours croissant des malades, il convient de prévoir des possibilités d'extension ultérieure ;

- la construction des pavillons de malades doit se faire suivant quatre idées directrices principales :

1) répondre aux exigences thérapeutiques ;
2) veiller à la sécurité et prévenir les accidents et

incidents tout en assurant un maximum de liberté ;

3) constituer des pavillons indépendants, de population restreinte, exempts de servitudes à l'égard des autres pavillons, et permettant des sélections utiles ;

4) concevoir les divers aménagements indispensables sans perdre de vue l'obligation de faciliter le service et la surveillance, sans rendre nécessaire le fonctionnement d'un personnel trop nombreux.

- Pour un asile non spécialisé RAYNIER estime que la répartition doit se faire de la façon suivante :

1) Partie hôpital, comprenant :
   - service d'admission
     d'observation
     de traitement des psychoses aigües,
   - infirmerie pour le traitement médico-chirurgical des maladies intercurrentes, et l'isolement des maladies transmissibles, en particulier la tuberculose.

2) Partie hospice, comportant, assez multipliés pour satisfaire aux exigences des diverses situations cliniques
   des pavillons de - travailleurs
   - d'épileptiques
   - de malades chroniques
   - de gâteux
   - d'agités.

3) Dans certains cas, un quartier de sûreté.

4) Enfin, un service libre, non soumis au régime légal de la loi de 1838, et éventuellement, un dispensaire et une consultation externe.

Si RAYNIER insistait tellement sur la notion de division de l'asile en partie-hôpital et partie-hospice, c'est afin de faire profiter au maximum la partie active de l'établissement de l'effort tant médical que technique et financier.

Dans son ouvrage, composé avec la collaboration de LAUZIER" "la construction et l'aménagement des hôpitaux psychiatriques", Julien RAYNIER va préciser un certain nombre de points :

1) L'assiette du terrain doit être calculée à raison d'1 hectare 1/2 par 100 malades, ou mieux, de 200 m2 par lit d'hospitalisé.

2) L'étendue de domaine à cultiver destiné aux travailleurs sera de 10 hectares pour 100 malades au minimum.

3) Au sujet de la population des divers pavillons, le chiffre de 50 malades est un maximum qui ne doit pas être dépassé dans les quartiers d'admission, de traitement, et d'agités.

4) Dans un tableau, les auteurs résument les données numériques nécessaires pour le calcul du nombre de places réglementaires dans les services médicaux des hôpitaux psychiatriques :

   A) Le cubage d'air par malades :
   dans les salles d'alitement : 30 à 40 m^3.
   B) La surface par lit ou par malade :
   - en dortoirs : 8 à 10 m^2
   - en chambres individuelles : 11 à 12 m^2
     (l'espace entre chaque lit doit être au minimum d'1,25 m)
   - en réfectoires : 1 à 2 m^2
   - en salles de jour : 3 à 5 m^2
   - dans les cours des quartiers : 50 m^2 (minimum 25 m^2).

5) De même, ils insistent sur le fait qu'un seul médecin traitant ne pourrait s'occuper de plus de 400 malades.

Julien RAYNIER eut l'occasion de mettre ses principes en application puisqu'il contribua à l'élaboration des plans de reconstructions des Asiles d'Armentières, de Bailleul, de Prémontré, et fut le conseiller technique de la construction de Lannemezan et de Vieille-Eglise.

Le programme de reconstruction d'Armentières, détruit lors de la guerre de 1914/1918, est fort intéressant ; malheureusement, il ne put être respecté. Il comportait des bâtiments d'hospitalisation à un seul étage, à l'exception des pavillons pour les gâteux, les épileptiques et les agités qui, eux, ne comprenaient qu'un rez-de-chaussée. La population maximum des divers pavillons oscillait autour de 50 malades, sauf pour celui des travailleurs (80).

Autre conception assez remarquable : il était prévu un "pré-asile" édifié en dehors de l'enceinte, et possédant une entrée propre. Il devait recevoir sans formalités des psychopathes envoyés par leur famille. Ce "service ouvert" devait comprendre un pavillon d'observation, un pavillon de psychothérapie et un pavillon de convalescents. L'aménagement intérieur devait être soigné : boxes vitrés, chambres individuelles, dortoirs à 6 ou 8 lits au maximum.

Cette fois, il semblait bien que l'élan fût donné, et qu'il ne dût pas s'arrêter en si bonne route. Malheureusement, des événements extérieurs en décidèrent autrement. Assez caractéristique à cet égard est l'Hôpital psychiatrique de Ravenel, dans les Vosges.

L'étude du projet d'élaboration d'un asile dans ce département commença au début de 1932 ; en mars 1936, le Conseil Général donna son accord ; le Professeur SAINTENOY et Julien RAYNIER furent chargés de mettre au point le programme définitif. Le dossier fut soumis à l'approbation du Ministère de la Santé Publique en début de 1937, et très vite, les travaux commencèrent. Malheureusement, ils ne purent être exécutés dans le cadre des prévisions financières de

1936, étant donné surtout la hausse des prix consécutive à l'application des nouvelles lois sociales. Cet obstacle aurait pu être surmonté, mais la guerre bouleversa tous les plans. Les travaux ne reprirent qu'en 1946, et cet hôpital de 1300 lits, conçu selon une disposition par zones, n'était pas encore terminé en 1952.

L'exemple de Ravenel nous montre combien le hiatus causé par la dernière guerre a été préjudiciable à l'assistance psychiatrique en France.

Ainsi cet hôpital, récemment achevé, fut construit (puisque les travaux étaient commencés avant guerre) sur des plans de 1936, selon une disposition par zones à laquelle on a renoncé depuis, pour une population trop considérable, et dans un site que l'on trouve maintenant peu adéquat. Il n'en revient d'ailleurs que plus de mérite à l'équipe qui, en 1946, a pris le relai de celle d'avant-guerre, et qui a réussi, malgré tous les obstacles, à en faire un instrument thérapeutique qui reste valable.

A la fin de la dernière guerre, les psychiatres se sont aperçus qu'un de leurs principaux instruments de travail, les bâtiments hospitaliers, ne cadrait plus avec les autres.

"Si en effet", comme le déclarait le Ministre de la Santé Publique (lors de l'inauguration du Centre psychothérapique de Brienne-le-Château) "la psychiatrie de 1925 disposait à peu près des mêmes moyens que cinquante ou soixante ans plus tôt", désormais il en était tout autrement.

Car la convulsivothérapie, dès 1937, avec le Cardiazol, puis en 1939 avec l'électrochoc, la psycho-chirurgie avec Egaz-Moniz, l'apparition des neuroleptiques dès 1951, tout ceci avait contribué largement à la transformation radicale de l'atmosphère des hôpitaux

psychiatriques.

Mais dans le traitement des maladies où l'esprit se trouve en cause, les thérapeutiques biologiques ne peuvent tout faire à elles-seules. Aussi, la remarque d'ESQUIROL garde-t'elle toute sa valeur : "Une maison d'aliénés est un instrument de guérison entre les mains d'un médecin habile ; c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales." Or, combien, par rapport aux autres éléments de l'arsenal thérapeutique du psychiatre moderne, cet outil-là paraissait désuet, dépassé, anachronique.

Et comment aurait-on pu désaliéner les malades, c'est-à-dire faire qu'ils ne soient plus étrangers à la société, en les internant dans les bâtiments d'un autre siècle, où leur trop grand nombre ne permettait pas des conditions de vie normale.

Aussi, devant cet état de fait, des réformes furent entreprises afin d'une part améliorer les hôpitaux existants, d'autre part en construire de nouveaux, adaptés aux exigences actuelles.

C'est grâce aux travaux de nombreux experts que ces normes furent formulées. Aussi, nous allons d'abord tenter d'analyser les différents rapports ayant trait à l'architecture des hôpitaux psychiatriques ; ensuite, nous verrons ce qui a été réalisé dans l'amélioration des établissements anciens, et dans la construction de centres modernes.

Nous nous excusons de la sécheresse du premier chapitre, c'est-à-dire l'analyse des textes, mais ceci va nous permettre de dégager un certain nombre de critères fondamentaux, et de voir l'évolution des idées sur ces différents points.

D E U X I E M E P A R T I E

I - ANALYSE DE QUELQUES RAPPORTS PARMI LES PRINCIPAUX AYANT TRAIT AU PROBLEME.

II - TENTATIVES D'APPLICATION DES NORMES DEGAGEES.

I - ANALYSE DE QUELQUES RAPPORTS PARMI LES PRINCIPAUX AYANT TRAIT AU PROBLEME.

L'importance de la question devait entraîner la publication de très nombreux travaux ; le cadre de ce travail ne nous permet pas de les analyser tous. Aussi, nous nous limiterons volontairement à l'étude de certains d'entre eux.

Nous commencerons par analyser en détail le rapport LAUZIER-BONNAFE-GODEAU de 1948, rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique.

Pour les études entreprises postérieurement, afin d'éviter des répétitions fastidieuses, nous indiquerons seulement les points nouveaux soulevés par les auteurs, et les prises de position différentes à l'égard de certains critères.

Afin que cette étude déjà aride ne soit pas trop touffue nous suivrons à chaque fois le même plan.

ETUDE DU RAPPORT DE LAUZIER, BONNAFE, SOLEAU SUR LES CONDITIONS techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique (janvier 1948)

Qu'il nous soit permis d'abord de citer mot à mot le préambule de ce travail :

"Aussi modérées que soient nos propositions au point de vue des exigences techniques, il existe cependant un décalage considérable entre elles, et les moins médiocres des réalisations françaises actuelles. En fait, nous avons le devoir de reconnaître que le degré d'anachronisme atteint par l'équipement national de protection de la Santé Mentale ne supporte trop souvent aucune autre critique qu'une condamnation radicale... Héritant de formules qui ne restent dans les meilleurs que des atténuations des anciens systèmes de "garderie" ou de "renfermerie" des vieux"asiles d'aliénés", c'est seulement dans un renversement complet d'orientation que nous pouvons traiter du problème du Centre psychiatrique moderne de cure et de réadaptation, type le plus différencié et le plus original des hôpitaux de spécialité".

1 - Emplacement :

"L'implantation idéale de l'hôpital psychiatrique standard serait au voisinage des autres formations hospitalières."

Par ailleurs, comme le dépaysement et le déplacement à grande distance des psychopathes sont formellement déconseillés, il conviendrait, dans les départements très peuplés de dédoubler les installations existantes.

Parfois, il sera utile de créer des éléments spécialisés complémentaires destinés aux malades de plus faible sociabilité.

2) Le terrain d'assiette.

Il doit être ensoleillé et protégé des vents dominants, et comprendre, pour les jardins et parcs effectivement réservés aux malades une superficie minimum de 2 hectares pour 50 malades.

3) La population.

"Le chiffre de 800 lits, déjà admis par PARCHAPPE, nous paraît être un extrême maximum pour une formation psychiatrique de base".

Les auteurs indiquent le chiffre de 400 à 600 lits comme le chiffre optimum de réalisation facile.

4) Plan d'ensemble.

Alors qu'un hôpital général peut être considéré comme une juxtaposition d'éléments très différenciés, ayant chacun une vie relativement indépendante, dans un hôpital psychiatrique au contraire la vie de chaque élément est intimement liée à celle de l'ensemble.

En partant de la formule symétrique esquirolienne, et en tenant compte des données récentes, de nouveaux plans sont proposés :

A) La formule dispersée,
- soit dérivée du schéma symétrique
- soit répondant à des groupements par zones de pavillons à destination élective (Fleury-les-Aubrais).

B) La formule concentrée,
dont il n'y a pas d'exemple en France, mais qui existe à la fois
- pour des populations très réduites (l'Asile de Bâle-Liestal, le Hasenbuhl),
- et pour une clientèle très importante, comme aux Etats-Unis, où la plupart des institutions sont "concentrées" en blocs successifs et géants.

C) La formule village,

est celle qui, en France, retient l'attention des psychiatres. Un projet de ce type fut élaboré par LAURENS et GRIMPEL.

Ce plan présente les caractéristiques suivantes :

a) un double centre avec - concentration maximum du bloc hospitalier comprenant toutes les installations classiques, de la pharmacie à la salle d'opérations, en passant par la radiologie, les laboratoires, etc.. ainsi que les services de traitements et d'admission tant en service libre qu'en service fermé ;

- intrication sur une esplanade (la place du village) des installations économiques, et des dispositifs centraux de sociothérapie;

b) disposés autour de ce double centre les pavillons de séjour et de réadaptation.

Ce schéma de cité psychiatrique répond à une clientèle de sociabilité satisfaisante.

Pour les autres, c'est-à-dire les arriérés, les invalides mentaux, les antisociaux, ils sont traités à l'écart, en situation excentrique, avec accès indépendant.

5) Les unités de séjour.

A) Les auteurs en distinguent plusieurs :
- les unités d'accueil et d'observation,
- les pavillons d'hospitalisation classiques,
- les services libres,
- les unités pour malades asociables,
- une zone hospice.

a) Les unités d'accueil et d'observation.

Elles doivent être divisées au maximum pour permettre l'admission de malades très divers. Elles trouvent leur emplacement au sein du bloc hospitalier, ou à son voisinage.

Il est formellement contre-indiqué de recevoir des psychopathes de sociabilité quasi-normale dans un service d'admission troublé sous prétexte qu'ils arrivent munis d'un certificat d'internement. De même, il est inadéquat de faire entrer dans un service dit "ouvert" des malades agités, sous prétexte qu'ils ne sont pas internés.

b) Les unités de séjour de type courant.

Elles doivent permettre une sélection très poussée et toute la souplesse nécessaire à la recherche du climat particulier qui conviendra à tel ou tel malade, suivant son niveau de sociabilité.

Les éléments destinés à des malades calmes et actifs sont situés près du Centre social.

Lorsque le malade est troublé, c'est autant que possible au bloc hospitalier qu'il va se faire traiter ; cependant, il est nécessaire de prévoir dans chaque pavillon une petite infirmerie pour les soins courants et les maladies intercurrentes banales.

Ces éléments sont essentiellement des locaux d'hébergement. Ils comprennent des dortoirs pas trop vastes, des réfectoires, un bureau tranquille où le médecin peut parler en privé avec le malade.

S'ils doivent être simples, il faut néanmoins qu'ils soient confortables, afin que le pensionnaire se sente chez lui et non à l'hôpital.

c) Les services libres.

Dans certains cas, l'internement tel qu'il est prévu dans la législation actuelle est abusif. Aussi, près du Centre de vie sociale, des pavillons sont destinés à des malades non susceptibles

d'être internés.

d) Unités pour malades antisociaux.

Afin de ne pas perturber le climat de la cité psychiatrique, ces malades sont traités soit en situation excentrique, soit en annexe.

Il est toutefois opportun de placer leurs pavillons assez proches des organismes de thérapeutique active.

e) La zone hospice.

Elle est destinée aux déments, aux arriérés profonds, aux séniles et aux grabataires qui exigent des soins de propreté incessants.

Egalement assez éloignée du centre, la zone hospice est constituée de pavillons où l'alitement se fait pour une part importante au rez-de-chaussée ouvrant de plain-pied sur l'extérieur.

B) Eléments de service.

a) Style. L'aspect extérieur et les façades doivent impérativement répudier tout style de collectivité fermée et ne rappeler en rien la caserne, la prison, le lycée, et même l'hôpital. Le style général des bâtiments doit chercher à se rapprocher le plus possible du style architectural local et tendre à s'insérer étroitement dans le cadre général des constructions environnantes. Les grilles des fenêtres, si on les juge indispensables, doivent être dissimulées.

b) Population du pavillon.

Aucune unité de service ne doit dépasser 40 malades, la seule exception possible est constituée par la résidence en "open-door" pour les malades anciens.

c) Les locaux de jour.

Leur surface est égale à celle des locaux de nuit. La

surface par malade doit être de 1 - 2 m^2 pour les réfectoires et de 5 - 8 m^2 pour les salles de réunion.

Le cloisonnement en est poussé au maximum de façon à pouvoir répartir les malades par groupes de 10 à 12 suivant leurs affinités et leurs réactions réciproques.

Des ateliers spéciaux de rééducation dirigés par des moniteurs qualifiés sont nécessaires dans chaque pavillon en dehors des ateliers des services généraux où peuvent travailler les malades.

d) Les locaux de nuit.

En aucun cas la capacité d'un dortoir ne doit excéder 10 lits sans cloisons ou boxes.

La majorité des locaux de nuit est composée de chambres ou de boxes de 3 à 6 lits. En pourcentage, le minimum de chambres ou de boxes individuels est de 25 %.

La capacité des chambres ne doit pas être inférieure à 30 m^3 par personne résidente ; quant à la surface par lit, elle est de 8 à 10 m^2 en dortoirs. En aucun cas, l'écart des lits n'est inférieur à 1 mètre.

Chaque chambre doit comporter visiblement, mais discrètement l'indication de sa surface et du nombre maximum de personnes qui peuvent y être admises.

Les portes des chambres doivent s'ouvrir vers l'extérieur et être munies de serrures de sûreté s'ouvrant à l'aide d'une clef unique à destinations multiples.

e) Problème des cellules et de l'isolement.

Il s'agit d'une question fort controversée. Dans un hôpital psychiatrique moderne, quelques chambres d'isolement restent indispensables ; toutefois, elles doivent être aussi confortables et

aérées que les autres pièces et ne s'en distinguer que par quelques détails de construction visant surtout à l'isolement acoustique.

f) Les matériaux de construction.

Ils doivent être insonores.

g) Sanitaire - chauffage - électricité - sécurité.

Les pavillons sont pourvus d'eau potable à raison de 250 litres par lit et par jour.

On doit compter une cuvette-lavabo pour 4 malades, et un W.C. au minimum pour 15 malades (et un par étage).

Le chauffage central doit être installé de telle sorte que tout risque de brûlure, même involontaire, soit écarté.

L'éclairage électrique est obligatoire avec possibilité de mise en veilleuse la nuit.

A chaque étage se trouvent postes d'eau et extincteurs pour la lutte contre l'incendie.

6) Le bloc hospitalier.

Il contient le quartier général des médecins-chefs avec les bureaux des internes, du surveillant, de l'assistante sociale et de la secrétaire médicale.

- A côté sont les salles d'examen des malades et les salles de thérapeutique (électro-chocs, insuline, narcothérapie...)
- Y trouvent également place :
  - les salles destinées aux spécialistes,
  - un service de physiothérapie,
  - le laboratoire-d'électroencéphalographie et -de radiologie.
- Rattachés à ce bloc étroitement figurent pour chaque sexe les infirmeries et le service des tuberculeux.
- En outre doivent y trouver place des installations hydro-

thérapique complètes,

- les laboratoires (chimie, bactériologie, séro-hématologie),
- la pharmacie et ses annexes.

- Enfin, il est opportun d'y implanter la bibliothèque médicale, une salle de conférences pour l'enseignement, et aussi les locaux de la consultation externe.

7) Le Centre social.

Sur la place du village, à côté du pavillon d'administration se trouvent les organismes sociaux de l'hôpital : foyer de réunion des malades avec bibliothèque et jeux, cantine, chapelle. La vaste salle des fêtes permet aussi bien l'organisation de séances récréatives diverses que celle d'activités collectives de toute nature.

Le stade et le terrain de sports sont plus périphériques.

8) Les services généraux.

Ils ne diffèrent en rien des services analogues d'un hôpital général ; seule, la buanderie doit être prévue d'une capacité très largement calculée.

Une exploitation horticole et agricole, avec étables et porcherie, où la main-d'oeuvre des malades peut être utilisée, est une nécessité dans un hôpital psychiatrique.

9) L'administration.

Il n'est nullement nécessaire que le pavillon d'administration revête un caractère solennel.

Doivent y trouver leur place : la direction, le secrétariat, la comptabilité, la recette, l'économat, l'administration des biens, le standard, les archives et la salle de commission.

Le cabinet directorial est situé de façon à permettre des relations commodes entre le directeur et les autres services.

Le pavillon d'administration s'intègre sur la place centrale avec les organismes sociaux.

Ainsi les auteurs décrivent-ils le centre psychiatrique moderne de cure et de réadaptation, "type le plus différencié et le plus original des hôpitaux de spécialité".

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE PUBLIC (1)

3ème Rapport du Comité d'Experts de la Santé Mentale,
Genève, 1953.

Selon les experts, l'hôpital, pour devenir une communauté thérapeutique, devrait modeler son architecture et ses plans sur ceux d'une collectivité.

Son rôle étant de rénover et de développer le sens de l'individualité chez les malades, il ne devrait pas les écraser par ses dimensions, ni les parquer par milliers dans des immeubles géants.

1) Le lieu d'implantation.

Dans le passé, l'hôpital psychiatrique a souvent pâti de l'éloignement de la ville, et partant, des centres administratifs et médicaux.

Pour les auteurs, l'idéal serait qu'il soit situé au voisinage immédiat de la communauté qu'il dessert. Faute de quoi, en l'absence de communications entre l'hôpital et les parents du malade, le public demeure dans l'ignorance totale du travail accompli par les médecins, ignorance qui le maintient dans ses préventions et ses préjugés à l'égard de l'hôpital psychiatrique.

De plus, la distance crée aussi des problèmes pour le personnel. Elle accentue le sentiment d'infériorité chez beaucoup de ceux qui travaillent dans les hôpitaux psychiatriques du fait qu'ils sont privés de tous les avantages de la vie urbaine dont jouit le personnel des hôpitaux généraux. Dans certains cas, même le transport de leurs enfants à l'école constitue un problème quotidien.

---

(1) Dans leur rapport, les auteurs expriment des voeux, et pour ce faire, emploient souvent le conditionnel ; pour ne pas trahir leur pensée, nous ferons de même.

2) La population.

Le Comité est convaincu qu'il faudrait en général déconseiller la construction de nouveaux hôpitaux psychiatriques de plus de 1.000 lits. (Il apparait que l'opinion fort répandue selon laquelle les très grands hôpitaux sont économiques est sans fondements).

La capacité se situerait de préférence entre 300 et 1.000 lits. Plus on se rapprochera du chiffre maximum, plus il sera aisé de classer les malades en groupes homogènes du point de vue des indications thérapeutiques et de la sociabilité, mais plus il sera difficile pour le médecin-directeur de garder un contact étroit avec son personnel, ses malades et les parents de ces derniers.

L'hôpital de 300 lits, par contre, permettrait de conserver une intimité, mais créerait des difficultés dans la classification des malades, à moins que cet établissement ne soit construit de manière à les loger par petits groupes.

L'hôpital psychiatrique pourrait être situé à proximité d'un grand hôpital général, ne serait-ce que parce qu'ils se partageraient la centrale thermique, les services de blanchissage et les magasins.

3) Le plan d'ensemble.

Il serait souhaitable que l'hôpital soit composé d'un groupe de petits bâtiments plutôt que d'un bloc unique. Le village doit être pris comme modèle.

Le Comité émet par ailleurs deux jugements particulièrement intéressants :

- d'une part, il préconise une étroite collaboration entre psychiatre et architecte. Si l'hôpital psychiatrique doit être conçu sur le modèle du village plutôt que sur celui de l'hôpital général, l'architecte privé et l'urbaniste seront de meilleurs collaborateurs

que l'architecte hospitalier.

- D'autre part, il critique la façon dont sont bâtis les hôpitaux psychiatriques actuels, de façon à durer trop longtemps. Il faut prévoir des aménagements successifs. Le plan intérieur de l'hôpital doit être prévu de façon à pouvoir être aisément adapté à de nouveaux besoins et à de nouvelles fonctions.

4) Les unités de soins.

a) Chaque unité doit être prévue pour un petit groupe de malades, 25 à 30 de préférence.

b) Les locaux de jour.

La distribution ancienne, prévoyant salles de jour et dortoirs à l'intérieur d'un même enclos fermé, s'avère périmée.

Bien que chaque groupe de malades doive disposer, dans la journée, de salles attenantes à leurs chambres ou dortoirs, la plus grande partie des locaux réservés aux activités d'un hôpital psychiatrique moderne devrait être indépendante des chambres ou dortoirs d'un groupe particulier de malades. Ces locaux seraient prévus et situés de telle sorte qu'ils puissent être accessibles à de nombreux membres de la communauté pour des activités variées.

A l'intérieur des pavillons, les murs de séparation doivent être construits de façon à pouvoir les enlever ou les modifier sans grande dépense.

c) Les locaux de nuit.

Il faudrait prévoir une assez forte proportion de chambres individuelles, la plus grande partie des autres lits étant répartis en petits dortoirs pour 6 à 8 malades.

Jadis, les malades mentaux graves étaient installés dans des chambres séparées et transférés en dortoirs à mesure que leur état s'améliorait. Maintenant, c'est l'inverse; les malades sont

logés dans des dortoirs de plus en plus petits à mesure que leur état s'améliore, pour aboutir enfin à la chambre. De cette manière, les conditions d'alitement suivent et favorisent le retour progressif de la responsabilité individuelle chez le malade.

LES CONCEPTIONS ARCHITECTURALES EN PSYCHIATRIE
(Dr SIVADON, Paris, juin 1956)

Ce rapport, exposé au cours du Ve Congrès international des Techniciens de la Santé, indique les exigences auxquelles doivent répondre les hôpitaux psychiatriques.

En premier lieu, il précise que le but de toute thérapeutique étant de rétablir entre l'individu et son milieu des relations normales, l'hospitalisation doit être évitée dans la mesure du possible. Toutefois, pour la majorité des malades, les relations humaines sont tellement perturbées qu'il n'est pas possible de les soigner utilement sans les séparer de leur milieu habituel et sans les plonger dans un milieu artificiel.

L'hôpital psychiatrique constitue donc un microcosme conditionné scientifiquement de telle façon que les malades s'y adaptent plus aisément qu'au milieu normal.

1) Le lieu d'implantation.

L'hôpital psychiatrique a pour mission de rétablir les relations humaines aussi nombreuses et aussi satisfaisantes que possible. Par conséquent, il faut qu'il soit situé à proximité de la cité ; non pas au sein de celle-ci, car il faut éviter la nocivité de la vie urbaine, mais suffisamment près pour que des échanges puissent s'établir.

Ceci a non seulement un intérêt pour les malades et leurs familles, mais aussi pour le personnel et les psychiatres qui doivent participer largement à la vie de la Cité.

2) Le terrain d'assiette.

Il est souhaitable de choisir un terrain fertile, où poussent bien les plantes, les arbres et les fleurs ; en effet, il faut

placer des malades dont le système nerveux est faible, dont la vitalité est diminuée, dans un lieu qui soit par lui-même riche en énergie vitale.

3) La population.

En France, il semble que ce soit une collectivité d'environ 300 lits qui réalise le mieux "un champ social" tel que toute modification d'une partie retentisse sur l'ensemble, et que toute influence partant de l'ensemble ait ses répercussions sur chacune des parties.

4) Le plan d'ensemble.

L'hôpital doit présenter un double pôle d'attraction autour duquel convergent les pavillons. Ce sont le bloc thérapeutique, et le centre de vie sociale.

5) Les unités de séjour.

L'optimum réside dans des pavillons de type villas où les malades vivent par groupes relativement restreints.

La plupart des techniciens, comme d'ailleurs les psychiatres du siècle dernier, pensent que l'optimum pour une unité est de 30 malades.

Le Ministère de la Santé a adopté des normes prévoyant des pavillons de 50 malades divisés en deux groupes de 25, de telle sorte que chaque groupe de 25 représente réellement l'unité de soins.

Il convient, par ailleurs, que cette unité de soins soit elle-même divisible en groupes plus petits. "Ainsi l'hôpital sera entre les mains du psychiatre un instrument lui permettant de doser les activités et les rapports sociaux autant que les médicaments".

6) Le bloc thérapeutique.

Ce doit être un centre très bien outillé suivant les techniques les plus modernes. Ainsi, pourront être effectués les examens cliniques complets et les investigations de laboratoire aussi

approfondies que possible, de même que tous les traitements biologiques qui ont fait leurs preuves.

7) Le Centre social.

Il constitue le centre d'attraction pour les malades. Il est bon qu'il comporte :

- d'une part une salle des fêtes, des salles de jeux, des clubs pour les distractions (musique), et aussi des ateliers pour le travail thérapeutique. Un terrain de sports y sera annexé.

- Dans certains cas, s'il est possible de le faire, des salles à manger communes où pourront se réunir des sujets d'âges et de sexes différents.

- D'autre part, ce centre comportera un certain nombre d'éléments caractéristiques de toute cité, à savoir des petits magasins, un salon de coiffure pour hommes et femmes et un bar muni de rafraichissements non alcoolisés.

- En outre, une salle sera réservée à l'enseignement, soit du malade, soit du personnel.

LE RAPPORT BOUQUEREL

(Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française)

Bordeaux, 1956.

Le travail de Monsieur BOUQUEREL est une oeuvre magistrale, très complète, et riche en précisions techniques.

Sur un grand nombre de points, l'auteur exprime son accord avec les travaux que nous venons d'étudier ; aussi nous n'allons pas nous y attarder. Toutefois, ce rapport nous fait connaitre des éléments nouveaux sur lesquels nous allons nous arrêter.

- En premier lieu, Monsieur BOUQUEREL insiste sur le fait que "le psychiatre plus que tout autre reflète non seulement la conception qu'il a de sa profession, mais sa personnalité tout entière dans le plan qu'il imagine pour l'établissement où il soigne ses malades" ; c'est dire que conceptions psychiatriques et architecturales sont intimement liées.

1) Le lieu d'implantation idéal se situe au centre de la circonscription qu'il doit desservir et à proximité d'une ville importante.

2) Le terrain d'assiette doit être éloigné d'établissements bruyants, insalubres ou dangereux et convenablement orienté par rapport aux vents dominants.

Il convient d'étudier avec soin la qualité du sous-sol, les déclivités, afin d'éviter des frais considérables et inutiles lors de la construction.

Les dimensions du terrain d'assiette sont calculées à raison de 4 hectares pour 100 malades : 2 hectares pour les bâtiments eux-mêmes et les jardins, le reste du domaine constituant, non une

zone de grande culture, mais un périmètre de protection contre l'envahissement progressif de la ville proche.

3) La population.

Un territoire donné est toujours mieux desservi par deux établissements de 400 lits que par un seul hôpital de 800 lits. L'optimum se situe entre 300 et 600 lits, chiffre qui allie l'intérêt médical et l'intérêt économique.

La question de l'uni ou de la bisexualité au sein de l'hôpital est dépassée. Il est bien évident que pour créer l'atmosphère de réadaptation satisfaisante, on doit admettre les deux sexes dans le village thérapeutique, au centre social, sur le terrain de sports, voire dans le même pavillon.

4) Plan d'ensemble.

Les bâtiments doivent épouser avec une grande souplesse la forme du terrain, en évitant toutefois, dans un but d'économie, une trop grande dispersion.

La vie de l'hôpital doit être centrée sur trois pôles :

- biologique (bloc des spécialités)
- social (centre social)
- économique (services généraux).

C'est à partir de ce triple noyau que, sans rigidité, sont répartis les pavillons.

Il est indispensable que soit concilié un double point de vue :

- d'une part, il semble impossible que chaque médecin-chef de service ne dispose pas en propre d'un ensemble d'unités de soins où il puisse suivre ses malades pendant la durée de leur cure ; le chiffre de 100 malades par médecin est un maximum.

- Par ailleurs, l'hôpital psychiatrique moderne est un ensemble et ne peut être conçu comme la simple juxtaposition d'un certain nombre de services médicaux autonomes.

L'unité de l'hôpital psychiatrique, qui est un tout thérapeutique, se manifeste par exemple pour les ateliers d'ergothérapie qui se répartissent de la façon suivante :

- dans chaque unité de soins pour un premier accrochage au travail,
- au Centre social pour les activités d'un niveau plus élevé,
- enfin, avec les ateliers d'entretien normaux de l'hôpital, dans un but d'adaptation ou de réadaptation professionnelle.

5) Les unités de soins.

a) Il n'est pas utile de prévoir des installations spéciales pour chaque "catégorie" de malades ; de même, dans un ordre d'idées différent, les "pensionnats", en tant que tels, n'ont plus leur raison d'être.

b) Toutefois, il est opportun, pour rompre la monotonie et aussi parce que cela peut être plus fonctionnel, de diversifier les pavillons (forme en L, en T...).

c) Chaque pavillon est composé d'une ou de deux unités de soins. La composition de l'unité de soins est celle d'une maison collective simple et confortable, où chaque détail de construction et d'aménagement doit être étudié pour faciliter la vie de chacun au sein du groupe.

d) La population.

Au sujet de la capacité idéale de l'unité de soins, l'auteur trouve encore trop élevé le chiffre de 40 maximum donné par

LAUZIER, BONNAFE, GODEAU en 1948. Il opte pour une unité ne réunissant jamais plus de 25 à 30 sujets, étant bien entendu que la majorité des malades "dormira, mangera et travaillera en petits groupes de moins de 10 malades".

Cette unité se compose :

- des pièces de réception,
- des pièces où se déroule la vie des malades,
- des locaux médicaux,
- des annexes de service.

e) Les pièces où se déroule la vie des malades.

On a au minimum, pour un groupe de 25 malades :

Locaux de jour :

- une salle à manger, dont la surface est calculée à raison d'1 m^2 par malade. Le service s'y fait par petites tables de 4 à 6. Lui sont annexés, avec passage obligatoire, une série de lavabos;

- une salle de séjour (3 m^2 par malade). Elle doit permettre la réunion de tous les habitants de l'unité, mais aussi leur dispersion par petits groupes (prévoir des "recoins") ; les meubles en sont simples, mais agréables, et des éléments d'atmosphère l'agrémenteront (plantes vertes, aquarium...). Par une large porte, les malades peuvent sortir directement dans le jardin attenant ;

- le jardin, qui n'est pas situé côte à côte avec celui de l'unité voisine, est clôturé d'une haie avec léger grillage. Sa forme en est asymétrique, et il est planté d'arbres et de fleurs ;

- une ou plusieurs petites salles (2 m^2 par malade) pour les réunions et l'ergothérapie sont attenantes à la salle de séjour. Les sanitaires nécessaires leur sont adjoints.

Locaux de nuit :

Les petits dortoirs (4 à 6 lits) sont boxés, ce qui a aussi

l'avantage d'empêcher l'introduction ultérieure de lits supplé mentaires.

Les chambres individuelles (25 % du nombre total des lits, 9 m^2 de surface) sont en majorité pourvues de lavabos.

Deux à trois chambres protégées sont prévues par unité.

L'alitement des impotents se fait de préférence au rez-de-chaussée.

f) Les sanitaires.

Les installations sanitaires sont réunies en une salle spéciale à proximité de chaque groupe d'alitement.

Elles comprennent :

- un lavabo pour 3 lits, chacun isolé de préférence,
- un bidet et une douche pour 8 lits. Les douches sont précédées d'un déshabilloir,
- une salle de bains par étage,
- un W.C. pour 10 malades, parfaitement aéré et muni de porte complète.

Les blocs sanitaires sont pourvus en outre de bacs et de séchoirs pour les petits lavages des malades.

Il est bien évident que tous les appareils sanitaires sont du type domestique normal.

g) Les pièces médicales se composent :

- du bureau du médecin organisé pour l'examen facile du malade,
- du bureau du chef de pavillon,
- d'une pièce de traitement et de soins,
- enfin d'une pièce polyvalente pour l'Assistante sociale, l'interne...

h) Les annexes du service prévoient :

- un office, qui servira non seulement de lieu de "réchauffage des plats, mais aussi à de petites préparations culinaires.
- Chaque étage est muni d'une lingerie, de placards, de réserves à linge sale, et aussi de vestiaire pour les malades.
- Enfin, il est prévu un vestiaire pour le personnel.

Le groupement fonctionnel de tous les locaux que nous venons d'énumérer permet d'envisager des circuits bien définis : circuit du médecin, du personnel et des malades.

En outre, une certaine souplesse est souhaitable pour l'utilisation des pièces. C'est ainsi que le parloir peut fort bien servir de temps à autre de salle de psychothérapie de groupe.

6) Le bloc des spécialités médico-chirurgicales.

Placé au voisinage des unités d'accueil, son ensemble compact se différencie en 2 zones :

- l'une occupée par les éléments techniques, où le malade n'aura pas habituellement accès,
- l'autre réservée aux locaux cliniques, où circulent les patients des différents services.

Les éléments constitutifs du bloc sont, pour l'auteur, les mêmes que ceux précédemment envisagés. Il insiste toutefois davantage sur deux problèmes principaux : celui de sa jonction directe avec les unités de soins ; celui de son union avec les quartiers généraux des médecins-chefs.

Monsieur BOUQUEREL pense que pour les petits établissements (300 lits), il n'y a pas d'inconvénient à souder directement

au bloc deux unités d'accueil (hommes et femmes) ; par contre, dans un hôpital plus important, ceci n'est pas opportun. En effet, dans ce dernier cas, certains médecins ne pourraient bénéficier de ces unités "priviligiées".

Quant à la question de la position des "quartiers généraux" médicaux, l'auteur estime que la place du médecin-chef est au sein même de son service.

7) Le Centre social.

Pôle d'attraction du village thérapeutique, il doit en être au centre, au noeud des divers circuits de communication, et à l'endroit le plus agréable, jouissant de la vue la plus belle.

8) Les services généraux.

Ils posent un problème assez difficile à résoudre. En effet, s'il y a intérêt à rapprocher géographiquement le pôle "travail" du centre social, avec le pôle analogue des services généraux, il est difficile de concilier le caractère agréable du centre social avec l'aspect obligatoirement utilitaire et technique des services généraux.

9) Matériaux de construction et particularités.

A) En tenant compte des impératifs économiques, il est souhaitable d'utiliser au maximum les nouveaux matériaux de construction pour les sols, les revêtements des parois, l'éclairement (briques de verre).

Plus encore que l'isolation thermique, la protection phonique doit être recherchée ("captage" des bruits par éléments perforés).

La tonalité des peintures, judicieusement étudiée, peut aussi contribuer à créer une atmosphère de détente.

B) Quelques particularités techniques :

- Dans les pavillons, deux escaliers encloisonnés sont obligatoires.
- Au sujet des fenêtres, il est préférable d'opter pour le modèle suisse, comportant une partie centrale fixe, une partie haute avec vasistas d'aération et une partie basse avec ouvrants normaux, le type classique de Hitzig étant plus carcéral.
- Les vitres seront de haute résistance, et les fenêtres munies de stores.
- Au sujet du chauffage, on peut envisager, à la place des radiateurs, d'adopter un chauffage par le sol, les plafonds ou les parois.

Nous sommes arrivés maintenant au stade où le puzzle définissant l'hôpital psychiatrique adapté aux exigences actuelles est pratiquement constitué ; les quelques éléments qui nous manquent encore vont nous être fournis par les deux derniers rapports :

1) Le rapport LAUZIER (24.XI.59) :
   Fixation des normes de construction des hôpitaux psychiatriques.

2) La circulaire ministérielle du 15 mars 1960.

LE RAPPORT LAUZIER

Fixation des normes de construction des hôpitaux psychiatriques (présenté à la Commission des Maladies Mentales du 24.XI.59).

1) Le lieu d'implantation et le terrain.

L'auteur acquiesce aux conditions édictées par les autres experts. Il insiste toutefois sur les points suivants :

- Il faut que le terrain soit d'accès pratique, et que les raccords aux distributions d'eau, de gaz, d'électricité, et aux lignes téléphoniques soient aisés.
- Le sol doit être perméable, sec et résistant, et sa déclivité modérée.

Par ailleurs, il convient d'éviter la proximité des casernes, camps d'aviation, d'établissements insalubres et dangereux, et aussi celle des lignes S.N.C.F. et des débits de boissons.

2) Le style architectural préféré par Monsieur LAUZIER est aussi la formule village.

3) Les unités de soins.

Certes, il n'est pas souhaitable de prévoir des pavillons de style différent pour chaque catégorie de malades. Toutefois, quelques particularités sont à prévoir pour les déficients mentaux ou les séniles.

A) Pavillon d'hospitalisation de type normal.

Les règles de construction sont celles en usage dans tous les hôpitaux. Néanmoins, il ne faut pas installer de locaux d'hospitalisation en sous-sols, qui peuvent par contre être utilisés pour les ateliers d'ergothérapie.

Le pavillon est constitué de deux unités de 25, à deux niveaux, pouvant fonctionner séparément.

a) Les locaux de nuit.

Il est opportun d'éviter les chambres à deux lits, et il est bon de s'arranger pour que l'on ne puisse pas mettre un deuxième lit.

Ce rapport nous donne en outre quelques précisions techniques :

- La profondeur des chambres n'excède pas deux fois et demi la hauteur sous linteau des fenêtres ; la surface ouvrante de celles-ci est au moins égale au 1/6e de la surface de la chambre.

- Les lits sont placés parallèlement aux façades, et accessibles au moins des trois côtés.

- Au lit est toujours adjointe une table de nuit et un meuble pour ranger les affaires des patients.

- L'éclairage artificiel comprend :

une installation générale pour éclairer toute la chambre, mais aussi une installation individuelle avec interrupteur à la disposition de chaque malade ; par ailleurs, il existe des veilleuses et lampes de signalisation au niveau des plinthes. Chaque chambre, en outre, est équipée d'une ou plusieurs prises électriques à bouchons.

- Comme les autres experts, Monsieur LAUZIER estime que dans chaque unité au moins une chambre doit être protégée. Elle doit être insonorisée et munie d'un système d'occultation, afin de pouvoir y pratiquer les cures de sommeil.

b) les normes exigées pour les locaux de jour sont celles que nous avons mentionnées précédemment.

B) Les pavillons pour déficients mentaux ou séniles se caractérisent par une construction uniquement à rez-de-chaussée. Ils sont appelés à recevoir :

- les enfants arriérés de bas niveau,
- les oligophrènes adultes,
- les malades séniles.

Ils doivent répondre aux mêmes normes que les autres, mais en plus, l'équipement sanitaire, les lingeries et réserves à linge sale, ainsi que la possibilité de lavage des sols, retiennent encore davantage l'attention.

4) Le bloc médical est constitué des éléments déjà énumérés formant deux zones distinctes (zone technique et zone clinique) ; toutefois l'auteur estime que l'existence d'un bloc chirurgical ne s'impose pas et qu'il est seulement opportun de prévoir une pièce pour la petite chirurgie.

CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960
relative au plan-directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.

"L'étude du plan-directeur doit être effectuée en vue de se rapprocher au maximum de la conception exigée des hôpitaux psychiatriques neufs".

Nous venons assez longuement d'étudier les normes requises, et nous n'allons pas y revenir ; d'ailleurs, plus loin, nous donnerons un exemple de mise en pratique de cette circulaire (Hôpital psychiatrique de Vauclaire). Aussi, c'ést seulement sur l'intérêt du plan-directeur que nous insisterons.

Le plan-directeur, en effet, est à l'hôpital ce que le plan d'urbanisme est à la ville ; il tend à préparer et à coordonner les travaux que l'on peut espérer entreprendre dans les 30 ou 40 ans. Ainsi, tous les travaux sont intégrés dans un programme général et dans un plan d'ensemble.

L'étude doit tenir compte du plan de masse actuel et vise à résoudre les problèmes suivants :

1) Adapter le plan de masse :
   - bâtiments à conserver
   - bâtiments à détruire
   - bâtiments à construire éventuellement.

2) Regrouper les éléments du bloc médical qui bien souvent sont dispersés.

3) Pallier l'insuffisance des locaux nécessaires à chaque équipe médico-sociale.

4) Réadapter et rajeunir les locaux vétustes, tant les pavillons

d'administration que les services généraux et les logements de fonction.

5) Créer un centre social.

6) Réaménager les pavillons d'hospitalisation qui ont été jugés en assez bon état pour être conservés. Faire en sorte qu'ils remplissent les normes exigées.

Le chapitre précédent a été consacré à l'étude de quelques uns des rapports ayant trait à l'adaptation de l'architecture hospitalière à l'ère psychiatrique moderne.

Nous allons tenter maintenant, à l'aide d'exemples concrets, de voir ce qui a été réalisé tant sur le plan de la modernisation de vieux établissements devenus inadaptés que sur celui de la construction de nouveaux centres.

II - TENTATIVES D'APPLICATION DES NORMES DEGAGEES.

1) QUELQUES EXEMPLES DE RENOVATION DE VIEUX ASILES.

Si, depuis le décret du 5 avril 1937, les établissements ont reçu l'appellation d'hôpitaux psychiatriques, la structure asilaire persistait néanmoins, et c'est à détruire cette gangue que travaillèrent les psychiatres.

A) La modernisation de l'Hôpital psychiatrique de la Sarthe et la disparition de l'architecture pénitentiaire à l'Hôpital psychiatrique de Quimper.

Ces deux exemples montrent comment, avec "les moyens du bord", les médecins-directeurs réussirent à rénover leur vieil asile.

La lecture des rapports annuels de l'Hôpital psychiatrique du Mans (de 1945 à 1957) et celle de l'article de Monsieur BENOISTON (1) nous permet de suivre pas à pas ces chefs de service dans leur tâche.

Passionnante est l'expérience de ces deux médecins, qui ont entrepris avec de faibles moyens financiers, mais avec beaucoup de ténacité, leur tâche de désaliénistes. Le récit que nous pourrions faire ne donnerait qu'une image déformée de leurs réalisations. Il faut avoir vécu au sein d'une équipe de novateurs pour les apprécier pl inement, car la vie ne peut que difficilement s'exprimer par des phrases. Aussi, craignons-nous de ne donner qu'une représentation "desséchée" de leur oeuvre.

a) Au Mans, pendant les douze années que durèrent ses

---

(1) Techniques Hospitalières, mai 1955.

fonctions de médecin-directeur, notre Maître, Monsieur ANGLADE, réussit à faire de son vieil asile plus que centenaire un hôpital. Sous son initiative les travaux suivants s'accomplirent :

Sur le plan médical pur :

- le 15 février 1946 création d'un service libre qui avait déjà à la fin de la première année de son fonctionnement un mouvement de malades plus important que le service fermé ;

- rénovation des bâtiments vétustes et inadaptés à leur but ; installation de vastes dortoirs cloisonnés par des boxes à la fois fonctionnels et élégants, et de sanitaires auparavant pratiquement inexistants ;

- aménagement de deux pavillons de façon à pouvoir y pratiquer les thérapeutiques actives ;

- en 1951, début du fonctionnement du laboratoire d'électroencéphalographie jouxtant le bureau du chef de service ;

- au sein d'un même bâtiment, installation des locaux destinés aux spécialistes, ainsi qu'une salle de chirurgie (1952) où furent pratiqués non seulement les interventions de chirurgie générale, mais aussi celles de psychochirurgie.

Sur le plan sociothérapique :

- En juin 1955, achèvement d'une vaste salle des fêtes, réclamée depuis de nombreuses années, avec en annexe un bar et une bibliothèque ;

- vers la même époque, créations d'ateliers d'ergothérapie à l'intérieur des pavillons pour "l'accrochage" des malades. avec local spécial pour ceux d'un niveau plus élevé.

De même, la pratique des sports d'équipe et individuels

(football, basket-ball, athlétisme, tennis) prit une importance plus considérable dans la vie de l'hôpital et, grâce à la qualité des aménagements de terrains, des rencontres régulières avec les autres équipes du département purent avoir lieu contribuant ainsi à la désaliénation du vieil établissement.

En outre, les services généraux se modernisèrent et contribuèrent eux aussi à la transformation de l'"asile".

b) A Quimper, Monsieur BENOISTON s'attaqua en 1953 au coeur du problème. Du "bloc de sûreté", reliquat de l'asile dans ce qu'il avait de plus carcéral, il entreprit de faire "le Centre d'activités médicales" de son service.

Cette "révolution", aussi spectaculaire dans ses proportions que le geste de PINEL à cette différence près que ce furent les malades eux-mêmes qui démolirent leurs "geôles", eut un retentissement considérable sur la vie du service.

Mieux que tout une statistique traduit le changement apporté : depuis que le Centre fonctionne, le pourcentage des malades sortis par rapport aux malades admis est passé de 68 % à 90 %.

B) La modernisation de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

Cet exemple est assez différent des précédents en ce sens qu'après le travail des "pionniers" que nous venons de voir il représente un stade ultérieur : l'application des récentes directives ministérielles étudiées précédemment (circulaire du 15 mars 1960).

La rénovation de cette ancienne abbaye de Chartreux, où depuis 40 ans sont soignés les malades mentaux du département de la Dordogne, est prévue suivant un plan-directeur tenant compte de tous les problèmes actuels et prévisibles, urgents ou lointains pouvant

faire un jour envisager des constructions ou des aménagements.

Le plan-directeur fut précédé d'un bilan des imperfections de l'établissement :

- dans les services médicaux
- dans les installations générales
- dans les services administratifs.

Ce travail préliminaire avait l'avantage de ne rien laisser dans l'ombre et de donner une actualité égale à tous les rouages de cet ensemble thérapeutique à la fois usine, village, clinique, que constitue un hôpital psychiatrique. L'analyse des réalisations commence ensuite.

Les problèmes qui se posaient pour Vauclaire étaient les suivants : l'excès de population, la modernisation des locaux d'hospitalisation, le regroupement et le remaniement des services généraux, l'extension des services administratifs. Nous allons seulement envisager les deux premiers :

L'excès de population :

Il est apparu que la capacité maximum prévue pour Vauclaire, soit 769, pouvait être maintenue en pratiquant les aménagements nécessités par les conceptions modernes de la vie du malade à l'hôpital psychiatrique et d'autre part en utilisant les possibilités de construction offertes par les terrains.

La modernisation des locaux d'hospitalisation.

Elle peut se résumer à la transformation du classique tiercé dortoir-réfectoire-cour. Le principe d'une unité-type commune à tous les pavillons fut retenu pour modèle. Les modifications que sa réalisation impose à ces derniers réduisent considérablement le nombre de lits qui ne peut dépasser 40 par unité. Il en découle... la néces-

sité de construire deux pavillons neufs pour atteindre les 769 lits qui sont eux aussi la reproduction de l'unité-type : à savoir 40 lits répartis en deux sections de 20 lits avec office commun central desservant les deux salles à manger ; de part et d'autre de cette partie axiale se situent les salles de jour, puis l'entrée de la section, enfin un petit dortoir pour malades ne pouvant être placés à l'étage ; cet étage comporte des chambres individuelles, des boxes de 2, 4, et 6 lits et des salles de traitement à proximité des bureaux médicaux.

Ce pavillon-type a une annexe reliée par une galerie à sa partie centrale. Cette construction constitue avec son parloir, ses ateliers d'ergothérapie la voie d'accès des familles. Elle est ouverte sur une route à créer.

Le plan proprement dit.

Le plan-directeur remanie tant les structures qu'il ne peut s'exécuter sans poser de graves problèmes de fonctionnement de l'Etablissement. Cela nécessite un programme de réalisation très étalé dans le temps, sans parler de l'effort financier. La ligne de conduite adoptée fut de commencer par les constructions neuves qui, en mettant 80 lits nouveaux à la disposition de l'Etablissement, permirent les déplacements de malades nécessités par les travaux de modernisation. Les travaux à entreprendre furent ensuite répartis en 6 tranches.

La transformation d'un bâtiment calqué sur l'unité-type, actuellement en service, se déroule en trois ou quatre actes, selon l'importance de la population et la possibilité de reloger celle-ci. L'inconvénient de cette méthode est de maintenir le pavillon dans un état presque permanent de travaux. Un autre inconvénient est l'intrication des travaux des diverses tranches, l'aménagement de certains

pavillons pouvant être interrompu par l'impossibilité de réduire le nombre de lits.

Par contre, la souplesse de cette méthode laisse le maître d'oeuvre libre d'accélérer ou de ralentir le rythme de la modernisation, d'orienter une partie ou la totalité des efforts financiers annuels sur un élément du programme. Elle constitue. à l'échelle du pavillon un planning analogue à celui de l'établissement dans sa totalité.

La transformation des pavillons actuels vise à scinder la masse des locaux, qui s'étalent sur plus de 200 m, en plusieurs unités indépendantes entourées de jardins.

Ce plan-directeur, une fois établi, demeure seulement un canevas. Il doit être suivi avec fidélité, mais non avec rigidité, car les techniques se modifient sans cesse. Il est donc capital que ce plan prévoit des espaces, surfaces ou volumes dont l'emploi n'apparait pas immédiatement, mais qui permettront l'extension de certains services ou la redistribution des locaux.

Le plan-directeur fait voir grand, mais il évite la politique des adjonctions successives. D'autre part, les plans massifs permettent de mieux retenir l'intérêt des assemblées délibérantes que des projets modestes mais limités.

2) CONSTRUCTION D'HOPITAUX PSYCHIATRIQUES MODERNES.

Moderniser les vieux asiles afin de transformer les conditions de vie du malade mental devenues misérables c'était et c'est encore indispensable et nous venons de voir quelques exemples de belles réalisations en ce domaine. Mais la carence de notre équipement en hôpitaux psychiatriques porte à la fois sur la qualité et sur la quantité.

Comme le précisait le Ministre de la Santé Publique le 24 mai 1959 (1), la population des hôpitaux psychiatriques s'élève à près de 110.000 malades alors que la capacité réglementaire déterminée d'après les normes minimima absolument incompressibles n'atteint que 84.000 lits.

Cet encombrement s'accroit chaque année depuis 1954 de 1.000 à 2.000 unités ; de plus, l'amélioration des vieux établissements va pratiquement toujours de pair avec une réduction de la capacité hospitalière. C'est ainsi que tel asile vétuste pouvait tant bien que mal contenir 900 aliénés alors qu'une fois rénové il ne peut accueillir et soigner que 600 malades mentaux.

Et pourtant, l'étude du mouvement de la population montre qu'en dix ans le nombre des entrées et des sorties a plus que doublé ; c'est dire que la population n'est pas stagnante.

Aussi, pour pallier cet état de fait, un premier plan d'équipement sanitaire fut décidé et mis en oeuvre au cours de la période 1953-1957. Ce plan, en dehors de la modernisation de vieux

---

(1) Discours d'inauguration du Centre psychothérapique de Brienne-le-Château (Aube).

asiles, comportait surtout la construction de huit hôpitaux psychiatriques nouveaux représentant au total un peu plus de 4.000 lits.

D'autres plans ont été, par la suite mis en route, mais d'ores et déjà nous pouvons juger des premières réalisations effectuées.

Pour ces centres nouveaux tout a été mis en oeuvre afin qu'ils soient un outil thérapeutique absolument valable et qu'ils s'intègrent harmonieusement dans une organisation rationelle du traitement des maladies mentales.

Nous allons tenter de les analyser dans leurs grandes lignes en suivant le plus possible le plan que nous avons utilisé lors de l'étude des rapports et publications ayant trait au problème.

Cette partie de notre étude est volontairement plus succincte, car les hôpitaux de ce plan sont, à quelques détails près, l'application concrète des voeux émis par les experts dont nous avons étudié les travaux.

o
o o

Le lieu d'implantation de ces nouveaux éléments de l'arsenal psychiatrique n'a pas toujours été dicté par les mêmes impératifs. Certains, comme Marseille-Nord, sont érigés au chef-lieu, d'autres comme l'Hôpital Charcot de Plaisir et l'Hôpital Barthélémy-Durand d'Etampes correspondent chacun à l'équipement d'un secteur de la Seine-et-Oise. Par contre, l'Hôpital psychiatrique des Hautes-Alpes, et le Centre psychothérapique de l'Aube ont été érigés à Laragne et à Brienne-le-Château, c'est-à-dire en position relativement excentrique au sein du département.

Deux de ces établissements présentent des particularités intéressantes à noter ; c'est ainsi que "Charcot" est implanté à proximité de la maison départementale des Petits-Prés, hospice de

1450 lits hébergeant des vieillards, des infirmes physiques et des déficients mentaux de toutes catégories ; quant à Marseille-Nord, il est situé au voisinage immédiat de l'Hôpital général Nord.

Dans les deux cas, et pour des raisons différentes, ceci est intéressant pour le fonctionnement et la gestion de ces deux hôpitaux psychiatriques.

Le terrain a toujours été choisi entouré d'espaces verts (champs, bois...). Ainsi, même Marseille-Nord, hôpital urbain, est au sein d'un vaste parc ombragé.

Dans la plupart des cas, le terrain comporte une dénivellation que les architectes ont su très bien utiliser pour éviter toute monotonie à l'ensemble.

Tous les experts étant d'accord sur les avantages fournis par de petits établissements, la capacité de ces nouveaux centres répond aux voeux des rapports de l'O.M.S. et des différents travaux que nous avons étudiés précédemment. La réalisation des grandes et écrasantes cités, comme Clermont de l'Oise, a été abandonnée au profit de petits villages thérapeutiques. Les hôpitaux les plus importants hébergent 700 malades (Marseille-Nord, Etampes), les plus petits moins de 400 (Laragne, Plaisir).

Construits pour le malade en vue de sa réadaptation sociale, tous ces hôpitaux admettent évidemment les malades des deux sexes.

Un certain nombre d'impératifs ont dicté la répartition des pavillons sur le terrain (déclivité du sol, vents dominants, ensoleillement...) ; quoiqu'il en soit, c'est la formule village qui a été adoptée (forme en ellipse, en rue, assez souvent disposition asymétrique), mais toujours le centre social, lieu d'attraction de la communauté, bénéficie d'une position priviligiée. Erigé souvent au

lieu de convergence des voies et des sentiers, c'est généralement le bâtiment qui jouit de la vue la plus belle.

Le problème des circulations, sur lequel insistait la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, a été résolu de façon satisfaisante mais étant donné la superficie importante de ces nouveaux ensembles le réseau des voies à tracer s'est avéré très coûteux.

Les unités de séjour et de soins ont été conçues habituellement de façon standard. Le premier essai d'unité standard a été réalisé à St-Ylie par les architectes AYNES et FAHYNE. Il s'agit d'un bâtiment en Z dont la première branche, seule surmontée d'un étage de dortoirs, abrite les pièces de séjour et s'articule avec une branche intermédiaire comportant les annexes, les pièces médicales et l'ergothérapie. La troisième branche en retour est occupée par les dortoirs de traitement avec petite surface de jour attenante. Ce plan traduit la première tentative de répartition de 40 malades en deux groupes distincts.

La formule adoptée habituellement pour les pavillons de ces nouveaux centres dérive assez directement du plan de St-Ylie. Ainsi, pour l'Hôpital psychiatrique de Digne a été conçu un pavillon en I dont chaque moitié constitue une unité autonome de 25 lits. Au rez-de-chaussée, les annexes sont groupées au centre avec de part et d'autre les pièces de séjour et d'ergothérapie. Le bureau médical et les pièces de traitement sont situées au premier étage également en position centrale. Il n'y a que deux types d'unités de soins pour tout l'établissement suivant qu'il existe ou non un alitement au rez-de-chaussée.

A Marseille-Nord, les dispositions sont assez analogues.

Pour l'Hôpital Charcot, de Plaisir, les annexes médicales et de service sont réunies à la jonction des deux unités de soins

qui comportent une répartition symétrique des locaux de jour et de nuit.

A Brienne, les architectes ont résolu le difficile problème de créer un pavillon de 50 lits, divisible à la demande, par le jeu de cloisons amovibles, en deux unités de 25 ou en quatre unités de 12 lits parfaitement autonomes. Ils y sont parvenus en envisageant un pavillon en L dont la partie centrale, seule surmontée d'un étage de dortoirs commandés par deux escaliers, contient tous les locaux de jour. Ceux-ci entrent en rapport avec les annexes médicales et de services groupées dans l'angle rentrant du bâtiment. Deux zones d'alitement occupent d'autre part les deux extrêmités des branches du L. Quelle que soit la formule momentanément choisie, chaque groupe de 25 ou de 12 malades possède un ensemble salle à manger-salle de séjour-dortoirs (au rez-de-chaussée ou à l'étage) ayant son circuit propre. Chaque unité a par ailleurs une ouverture égale sur les salles d'ergothérapie et de traitement centrales. Ce pavillon présente en outre l'avantage de pouvoir sans difficulté revêtir une forme en I ou en U, créant ainsi la diversité voulue de l'aspect extérieur des bâtiments.

Une solution intéressante et assez différente nous est donnée par l'Hôpital psychiatrique de la Loire-Inférieure. Il est constitué de pavillons rectangulaires, sans étage, dont le grand axe constitue la séparation de deux unités de moins de 25 lits juxtaposés. Ainsi, moyennant quelques différences dans le cloisonnement intérieur, on peut transformer le pavillon standard en unité d'accueil ou infirmerie.

Cette disposition sur un seul niveau des salles de séjour et de dortoirs présente, comme le soulignait déjà ESQUIROL, d'énormes avantages, principalement pour les grabataires.

Ces pavillons standard peuvent, dans l'ensemble, être très facilement transformés en pavillons d'admission comportant le "quartier général" des chefs de service.

Pour deux hôpitaux (Brienne et Plaisir), le problème a été résolu de façon originale. A Brienne, M. GUTH a su tirer parti de l'importante dénivellation du parc du château. Partant du plan du pavillon-type "standard", il conçut un premier étage plus développé avec les bureaux supplémentaires exigés (quartier général du chef de service et quatre chambres d'admission d'urgence). Cette portion d'étage supplémentaire est située au-dessus de l'alitement du rez-de-chaussée et possède un accès direct. Si bien que tout en fonctionnant normalement au rez-de-chaussée ce pavillon remplit à l'étage sa fonction d'admission.

A l'Hôpital Charcot de Plaisir le principe adopté a été tout différent. Les soucis d'économie de construction et de gestion ont amené les architectes à concevoir deux unités d'admission de 50 lits au sein du bloc médical.

La liaison verticale (ascenseur et escaliers) est située au centre de la composition. La liaison horizontale permet la desserte des deux unités de soins de 50 lits et se trouve ainsi bien assurée. Entre les deux ailes, dans l'aile centrale au rez-de-chaussée, se trouvent les consultations et la pharmacie avec sortie directe. A l'étage sont installés le service chirurgical (12 chambres), le vestiaire, la salle de repos des infirmières, avec accès direct aux deux ailes.

Le bloc des spécialités médico-chirurgicales ne présente pas de particularités remarquables sauf à Plaisir, ce qui a été mentionné précédemment.

Certes à Brienne, l'existence du château et des pavillons

annexes a entraîné un certain morcellement de cet ensemble, mais dans les autres cas le bloc respecte les normes que nous avons étudiées. Toutefois, nous insistons sur le fait qu'à part Marseille-Nord, couplé avec l'hôpital général, des services de chirurgie avec salle d'opérations ont été prévus ; de même, les laboratoires d'électroencéphalographie trouvent leur place au sein du bloc médical, et non dans un service.

Nous terminerons cette rapide analyse en soulignant quelques caractéristiques techniques propres à l'Hôpital psychiatrique des Hautes-Alpes qui nous paraissent intéressantes tant du point de vue économique que sur le plan de grande possibilité de réaménagements ultérieurs.

C'est ainsi que pour tous les bâtiments de cet établissement les principes généraux suivants ont été retenus :

- une trame uniforme d'un mètre cinquante a été adoptée et donne généralement l'entre-axe des fenêtres. Ce principe permet de simplifier considérablement la mise en oeuvre et d'obtenir des séries importantes d'éléments strictement semblables : menuiseries extérieures, linteaux, allèges, stores, volets roulants ;

- la construction elle-même s'opère au moyen d'un système de poteaux et de linteaux préfabriqués, de plaques d'allèges et de plaques de parement pour les murs pleins.

Ces éléments sont très standardisés, et en particulier, les poteaux sont de largeur et de hauteur uniques.

Cette rationalisation très poussée nous parait devoir être un principe très valable et c'est sur cette note un peu aride parce que très technique que nous terminerons cette deuxième partie.

T R O I S I E M E P A R T I E

PERSPECTIVES D'AVENIR

I - VOIES D'ABORD DU PROBLEME.

II - CRITIQUES DU SYSTEME ACTUEL.

III - SUGGESTIONS POUR L'AVENIR.

Dans notre travail, nous nous sommes efforcé jusqu'alors de faire preuve d'une grande objectivité ; dégageant l'essentiel des travaux effectués, nous nous sommes refusé à porter un jugement.

Maintenant, puisque nous envisageons l'avenir, nous sommes obligé de nous engager personnellement.

Ce que nous allons avancer pourrait, compte-tenu de notre âge et de notre inexpérience, paraitre bien fragilement étayé ; aussi, c'est à l'avis autorisé de psychiatres estimés que nous nous sommes constamment référé .

Penser l'avenir, proposer des solutions qui ne seront pas obligatoirement désuètes dans les années prochaines est une démarche d'esprit particulièrement redoutable. Aussi est-il prudent, à la base, de ne pas s'enfermer dans un cadre rigide qui ne serait ni remodelable, ni extensible.

I - VOIES D'ABORD DU PROBLEME.

L' édification de ce que peut et doit être l'assistance psychiatrique de demain est envisageable sous divers angles ; certains d'entre eux toutefois nous semblent inadéquats et nous allons les rejeter.

1) C'est ainsi que la critique des réalisations effectuées récemment nous parait une plate-forme de départ trop étroite et dangereuse.

Certes, la modernisation de certains vieux asiles nous fait bien plus penser à une sorte d'ingrat ravaudage qu'à une rénovation radicale. De même sommes-nous obligé de constater qu'il existe trop souvent un véritable hiatus entre ce que les experts ont demandé et ce que les architectes ont construit. Parfois, il nous semble que de nouveaux établissements ont dès leur départ un tel handicap à surmonter qu'il est permis d'envisager leur avenir avec pessimisme.

Cependant, nous préférons éviter ce point de départ dans notre étude; en effet, il faut se méfier lorsque l'on propose une formule nouvelle de l'habitude bien ancrée que nous avons de ne la penser qu'en fonction des organes existants et de leur perfectibilité. En outre, certaines de nos critiques eussent peut-être été violentes, voire acérées et la portée du point de vue que nous désirons soutenir en eut été atténuée.

2) Dans une optique plus mesurée et plus positive, il eut été loisible de faire la synthèse des critères dégagés par les différents auteurs dont nous avons analysé les travaux et de voir ce qui pourrait être retenu pour l'avenir.

Mais, comme le dit LE GUILLANT, la question se pose impérieusement à nous de savoir si les exigences techniques ainsi énoncées sont suffisamment assurées et si leur adoption pure et simple ouvre ou ferme l'avenir.

Là encore, une étude seulement comparative, et par conséquent schématique, eut été un cadre trop étroit pour dégager l'avenir d'une "psychiatrie d'extension".

3) Il nous semble préférable d'élaborer des hypothèses d'avenir en partant d'un plan plus conceptuel et de l'orientation nouvelle de la fonction du psychiatre dans la société.

La psychose peut être considérée comme un trouble global de la personnalité conditionné à la fois par une atteinte somato-psychique et par une perturbation des rapports de l'individu et du milieu (SIVADON). Ainsi, la psychiatrie apparait non plus comme ayant un objet délimité, "mais comme une situation dans laquelle le psychiatre est inclus ; cette situation, c'est un certain type de demande de secours adressée par un certain type de société à un certain type d'homme social : le psychiatre". (1)

Donc la psychiatrie est une science en pleine croissance, en extension, et en quelque sorte dépend de la "disponibilité" du psychiatre.

Pour faire face à tous les besoins, il nous semble que le système actuel n'est pas le mieux adapté.

---

(1) BONNAFE : "Le personnage du psychiatre".

II - CRITIQUES DU SYSTEME ACTUEL.

Le replâtrage, le redorage des anciens asiles, comme l'édification de certains nouveaux centres de cures sont entachés de la même tare; ils sont tous deux fils de la théorie esquirolienne basée sur la ségrégation.

Il est d'ailleurs important de souligner que la loi qui régit l'assistance aux malades mentaux est toujours celle de 1838. Loi d'assistance, mais assurant aux malades les soins seulement dans des formations ségrégatives, loi adaptée à l'époque de sa publication, mais qui a figé, sclérosé l'assistance psychiatrique et freiné, voire empêché pendant longtemps son évolution. L'éclosion récente des "services libres" permet toutefois une plus grande souplesse. Venu librement se faire soigner, le malade se sent l'égal des autres patients atteints d'affection somatique quelconque. Néanmoins, paradoxalement, du fait même de cette existence, ces "services libres" contribuent à pérenniser les autres modes de placement. En effet, pourquoi bouleverser le système, abroger la loi de 1838, puisqu'il existe des placements libres ?

En outre, on peut dire que loin de ruiner la ségrégation, ils l'aggravent en ce sens qu'ils retirent du circuit les malades facilement curables, ceux qui justement par leur mouvement ouvraient l'asile au dehors.

Si cette loi est malgré tout assez peu nocive pour chaque malade en particulier, elle l'est davantage pour l'ensemble en donnant de la maladie mentale une notion faussée par l'idée force qui la sous-tend est uniquement le principe de l'aliénation. Par ailleurs,

elle oblige l'institution à accepter réglementairement le malade quel que soit l'état de peuplement du service dans lequel il va être affecté, ce qui entraîne la dégradation par le couple surpeuplement-indifférenciation.

Ainsi, quelles que soient la hardiesse des conceptions architecturales, la réussite de la construction et leur capacité d'origine, on arrive à plus ou moins brève échéance à la création de bas-fonds hospitaliers, de "sédiments" ; il se crée ainsi un service de"chroniques."

Par voie de conséquence plus ou moins directe, le "système" engendre un certain nombre d'états de fait qui sont dangereux tant pour les médecins que pour les malades ; il s'agit :

- de la séparation entre malades "aigus" et "chroniques",
- de ce qu'on a appelé la "psychiatrie d'écrémage" et "l'assistance en cascade".

Si nous prenons l'exemple le plus fréquent, c'est-à-dire celui où à côté de l'hôpital psychiatrique départemental existe au chef-lieu le service neuro-psychiatrique de l'hôpital général, la dispersion de l'assistance psychiatrique est la plus éclatante (surtout si l'hôpital psychiatrique est mal situé).

Plaçons-nous tour à tour sous l'angle du malade et sous celui des thérapeutes. Il suffit de suivre "l'itinéraire" d'un malade pour se rendre compte du rôle néfaste de ce manque d'unité.

M. X... présente des troubles qui inquiètent son entourage; la famille appelle son médecin traitant ; celui-ci prescrit, et revoit le malade quelque temps après. La thérapeutique n'ayant pas donné le résultat escompté, ce praticien adresse son patient à un spécialiste. Cette solution rassure, mais inquiète à la fois la fa-

mille ; le spécialiste est en effet quelqu'un de particulièrement compétent mais à qui on ne fait appel que dans les cas graves.

Malheureusement, malgré les soins éclairés, l'évolution se poursuit et l'hospitalisation s'avère nécessaire. C'est bien souvent d'abord au service de neuro-psychiatrie de l'hôpital général que l'on s'adresse en premier. Notre malade "en est" déjà à son troisième médecin, mais sa "carrière" ne s'arrête pas obligatoirement là.

Le service inclus dans l'hôpital général est de capacité réduite et les demandes très élevées,aussi le chef de service peut difficilement garder ses malades plus d'un ou deux mois. Passé ce laps de temps, tout n'est pas perdu pour M. X..., il y a encore l'hôpital psychiatrique. Avec un peu de chance, il peut être admis dans un service actif où il reçoit les soins de son quatrième médecin ; certes, si l'amélioration se fait trop attendre, ce service n'étant pas indéfiniment extensible, il arrive que l'on soit obligé de le transférer dans un service d'assez bas niveau et quelquefois celui-ci dépend d'un autre médecin...

Supposons maintenant que M. X... soit un homme âgé et que, bien qu'amélioré,sa réinsertion sociale pose des problèmes quasi-insolubles, le placement en hospice est une solution non idéale, mais c'est un pis-aller. A l'hospice, M. X... pourra, si toutefois il le désire encore, consulter un sixième médecin. Evidemment, ce schéma est un peu outré, mais l'est-il vraiment beaucoup ?

Ainsi, dès le début, le malade sent planer sur lui la menace du transfert, du rejet. L'hospitalisation,qui est manifestement une conduite médicale ayant en elle-même une signification thérapeutique, n'est plus utilisée en ce sens ; elle est simplement l'expression d'un rejet, et par là même anti-thérapeutique. A chaque étape,

tout est à reprendre avec les mêmes tâtonnements ; certes, le dossier peut être transmis, mais en psychiatrie du moins, le fait d'avoir un dossier ne suffit pas à connaitre le malade, tant d'éléments (la confidence, la confiance, le transfert) étant intransmissibles. Le malade en arrive au doute, puis au refus de l'intrusion médicale qu'il est en droit de reconnaitre comme impuissante. C'est pourquoi il va adopter un comportement tel qu'il traduise l'opposition ou le désintérêt de son sort, que rejeté dans le bas-fond de l'assistance psychiatrique, plus personne ne pourra l'en tirer. Il est devenu un "chronique". Ainsi, comme le dit Monsieur DAUMEZON, se crée non pas une organisation de soins, mais une fabrique de fous.

Les thérapeutes subissent également les conséquences de ce système. A l'hôpital général, le médecin met en oeuvre toute sa science et son dévouement pour sauver son malade ; mais il faut être raisonnable et la raison commande de ne pas mélanger des malades incompatibles, de rétablir au plus vite la santé des sujets à grande potentialité sociale. Aussi, si M. X... perturbe son voisinage, s'il n'est pas rapidement récupérable, et si de surcroit il s'agit d'un vieillard, il n'est pas raisonnable de le garder dans un si petit service, alors qu'à sa place pourrait être traité rapidement et avec succès un "cas beaucoup plus intéressant que lui".

Le médecin-chef de l'hôpital psychiatrique est placé en revanche au fond de "l'abîme". Il est réglementairement obligé d'accepter ce que "l'avalanche" lui envoie. Le malade qui ne guérit pas ailleurs assez vite, le vieillard qui sème la perturbation à l'hospice, l'oligophrène qui devient encombrant, il doit les recevoir dans son service quel que soit le degré de saturation de celui-ci.

Mais ces deux psychiatres sont-ils responsables de cet état de fait ? En raison des possibilités de rejet qui sont incluses

dans le "système" découle à chaque échelon l'irresponsabilité du thérapeute à l'égard du malade.

Outre l'irresponsabilité se crée par la force des choses un "tri" parmi les psychiatres, ceux qui peuvent guérir ou sinon rejeter, et ceux qui, obligés de vivre au milieu de leurs échecs, en sont réduits à des prouesses pour ne pas avoir trop mauvaise conscience.

A l'arbitraire de la catégorisation entre malades "nobles" et malades "à enfermer" répond non seulement deux types de psychiatres, mais à l'intérieur du même thérapeute (celui situé en bas de la cascade) une dualité s'installe ; il y a duplication des fonctions et par conséquent du personnage ; d'une part le "gardiennage" envisagé quoiqu'on dise comme une situation ingrate, et d'autre part une activité professionnelle plus satisfaisante mais sans lien organique avec le travail hospitalier.

Nous voulons parler entre autres des activités comme les expertises judiciaires, les consultations extra-hospitalières, les activités scientifiques...

La dispersion de l'assistance psychiatrique, cet "écrémage", handicape par ailleurs sur un plan différent le médecin qui soigne les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux qui sont internés. Quel poids, en effet, peut avoir auprès des collectivités payantes celui dont le travail est obligatoirement, du moins en apparence, si peu rentable ? Donc, très vite, faute du crédit lié à la fonction, et par voie de conséquence, des subsides qu'on ne lui accorde qu'avec parcimonie, son instrument de soins va se dégrader.

La détérioration est au moins triple, outre l'augmentation du sédiment asilaire, l'involution se produit encore non seulement dans le domaine de la construction, mais dans celui du personnel

hospitalier et surtout médical. Le sentiment de rejet s'ancre chez les infirmiers (et les médecins) comme chez les malades. Aussi voit-on souvent des éléments valables quitter cette carrière ou refuser d'y entrer.

III - SUGGESTIONS POUR L'AVENIR.

Les quelques critiques que nous avons pu faire sur la conception actuelle de l'assistance psychiatrique et la place qui est dévolue à l'hôpital psychiatrique montrent assez clairement la carence du système. Nous allons tenter, en compagnie d'un certain nombre d'auteurs, d'esquisser un ensemble plus cohérent.

De plus en plus, les troubles mentaux ne sont plus envisagés simplement comme l'expression d'une "maladie", d'un "processus" bien défini, aigu ou chronique, accidentel ou héréditaire, curable ou non, mais ils sont étudiés et replacés dans la personnalité tout entière du malade, son histoire, ses conditions de vie, compris comme une phase d'évolution, une période de désadaptation plus ou moins profonde et facile à corriger.

C'est dire que l'hôpital psychiatrique traditionnel ne suffit plus à les appréhender et à les tempérer et que c'est toute une gamme d'assistance diverse qui doit être proposée aux malades.

Certes, comme le déclare une récente circulaire ministérielle, l'hospitalisation est un moment thérapeutique souvent indispensable, contribuant à la réadaptation sociale de l'individu. Il s'agit donc d'une étape particulièrement capitale dans un circuit varié, étape par ailleurs non obligatoire.

Pour PARCHAPPE (1), les murs même de la maison d'aliénés étaient un remède contre la folie; dans l'optique que nous envisageons, l'établissement hospitalier est un des outils, d'ailleurs

---

(1) PARCHAPPE, discours prononcé en 1863 lors de l'inauguration de la statue d'ESQUIROL.

des plus précieux, parmi ceux du psychiatre moderne.

1) Le service hospitalier.

Maillon irremplaçable, sa réussite retentit sur l'ensemble de la chaîne, mais aussi ses imperfections éventuelles. Aussi, nous pensons qu'il doit pouvoir répondre à certains impératifs.

Il ne s'agit pas de tracer,avec de rigides normes à observer,un cadre trop étroit qui fermerait l'avenir, mais de proposer une solution souple, facilement remodelable selon les besoins.

Nous avons été surpris de constater que si tant d'études approfondies ont traité de l'hôpital psychiatrique en son ensemble, ou d'un pavillon en tant qu'unité de base, assez peu d'auteurs ont envisagé le problème à l'échelle du service. Il nous semble intéressant d'aborder la question sous cet angle : le service, centre de soins spécialisés mis à la disposition d'une équipe médico-sociale chargée des problèmes psychiatriques d'une collectivité donnée.

Pour qu'une équipe assume pleinement la responsabilité de la santé mentale d'un territoire, il faut qu'elle travaille dans un cadre adapté, et que les personnes qui la composent se complètent pour faire face à l'éventail des demandes qui lui sont adressées; c'est-à-dire que le problème du personnel est encore plus important que celui du bâtiment. Le cadre de ce travail ne nous permet pas d'approfondir le problème de "l'équipe", mais nous ne pouvions pas traiter du service hospitalier sans l'aborder, ne fut-ce que très brièvement. Car il est vrai que l'on peut faire de la mauvaise psychiatrie dans un cadre parfait et nous pensons que la bonne coordination entre le médecin-chef, l'assistant éventuel, les internes, le surveillant, l'assistante sociale, la psychologue, le personnel soignant, voire l'hôtesse, est un meilleur gage de réussite qu'un

ensemble constitué de pavillons répondant en tous points aux normes techniques les plus exigeantes.

Cette remarque est peut-être en même temps une critique, car il nous semble que l'évolution du personnel soignant n'a pas été absolument parallèle à celle des bâtiments ; les pouvoirs publics, dans leurs efforts, nous paraissent avoir fait la meilleure part aux pierres et il est loisible de penser que des salaires de début plus élevés, une meilleure organisation de la profession d'infirmiers rendraient le recrutement plus aisé et plus valable. Mais pour que son efficience soit la meilleure, une bonne équipe doit travailler dans un cadre fonctionnel, c'est dire entre autres que les "pierres" doivent être agencées de façon à épargner des pas inutiles au personnel.

Ainsi revenons-nous, après des digressions qui ne sont qu'apparentes, à l'objet principal de notre travail, l'architecture des établissements psychiatriques.

Nous avons déjà indiqué la place de choix que le service occupe dans l'ensemble, à savoir la prise en charge d'une population donnée. Essayons maintenant de dégager les conditions qu'il doit remplir pour bien assumer son rôle. Pour ce faire, nous allons être largement aidé par la synthèse des différentes normes dégagées lors de l'étude des textes des experts. Nous suivrons le même plan.

1 - Emplacement.

Depuis GRIESENGER, tous les auteurs sont pratiquement d'accord pour demander que l'établissement ne soit plus exilé, mais sinon dans la ville, du moins près de celle-ci.

Nous pensons, quant à nous, que le service doit être logiquement situé par rapport à la population qu'il a pour but de

desservir et par rapport aux autres organisations de soins existantes. C'est-à-dire que nous souhaitons le voir s'implanter près des villes principales qui constituent un centre d'attraction démographique et qui sont situées au noeud des voies de communication du département.

La question de savoir s'il est nécessaire de faire un, deux établissements psychiatriques ou encore de faire éclater le système en plaçant un service d'hospitalisation là où se trouvent déjà d'autres hôpitaux est une question qui ne peut être résolue sur un plan général ; la réponse doit en effet tenir compte essentiellement de la structure locale. Dans un département dont la population est peu importante et la structure telle que tout converge vers un centre d'intérêt unique, par exemple le chef-lieu, il est loisible de penser qu'un seul établissement psychiatrique composé de plusieurs services puisse remplir son rôle. Par contre, il est des départements qui possèdent plusieurs centres (le Haut-Rhin avec Mulhouse et Colmar, le Finistère avec Brest, Morlaix et Quimper par exemple) ; dans ce cas, si l'équipement psychiatrique était à créer, il est bien évident que chaque pôle attractif devrait être pourvu de services. Certains auteurs, dont notre Maître ANGLADE (1), ont d'ailleurs proposé une solution visant à la décentralisation, poussée au maximum, de l'arsenal thérapeutique et à la création de petits services au sein de chaque formation hospitalière.

Quoi qu'il en soit, les avantages qui résulteraient de centres de soins logiquement situés sont innombrables. Alors, les malades ne se sentiraient plus isolés car leur famille pourrait les visiter plus souvent et les permissions seraient plus fréquentes ;

---

(1) L. ANGLADE, "Ce que pourrait être l'assistance psychiatrique dans le département de la Sarthe". (Information Psychiatrique, novembre 1960.

les conditions de vie du personnel se normaliseraient, les médecins n'éprouveraient plus un sentiment d'exil hors de la vie sociale et plus particulièrement de la vie médicale.

2) Le terrain d'assiette.

Les conditions édictées par les experts doivent être respectées et il n'est pas question de bâtir sur un terrain de second ordre sous prétexte que, comme le disent encore certains édiles locaux, "c'est assez bon pour les fous". Ne serait-ce que dans un but économique, il faut être strict sur la nature du terrain, du sous-sol et de la déclivité ; de même, la qualité de l'ensoleillement et l'orientation par rapport aux vents dominants doivent particulièrement retenir l'attention.

Nous insistons toutefois davantage sur l'intérêt qu'il y a à ce que le service soit implanté à proximité de l'hôpital général.

Le schéma que nous proposons est essentiellement celui du service ; la souplesse de ce point de vue nous permet d'envisager diverses possibilités.

S'il s'agit d'un établissement psychiatrique constitué de plusieurs services dont l'implantation n'a pu être effectuée à proximité immédiate de l'hôpital général, toute une gamme de services généraux doit être prévue.

Dans le cas heureux où ces deux hôpitaux sont très proches, il est loisible d'envisager entre eux des relations plus ou moins étroites. C'est ainsi que les laboratoires et certains services comme la buanderie, les magasins, les services d'entretien pourraient être communs et situés dans l'un ou l'autre de ces centres. Par exemple, on peut concevoir que la buanderie, où de nombreux malades mentaux peuvent travailler, soit installée dans l'hôpital psychiatrique.

Dans l'hypothèse de "l'éclatement" des services auprès de chaque hôpital général, une "interdépendance" encore plus marquée serait opportune. Nous ne pensons pas toutefois qu'il soit souhaitable que le service psychiatrique soit intégré dans l'ensemble des autres éléments de spécialités car ceci,à nos yeux, présente de réels inconvénients.

Certes, les malades mentaux tendent à n'être plus considérés comme les "insensés" de jadis mais comme des malades. Par ailleurs, il est certain que l'introduction d'une dimension psychologique dans la pathologie et le traitement de nombreux troubles fonctionnels pose aux autres médecins quelques-uns des problèmes identiques à ceux des psychiatres.

Toutefois, la psychiatrie demeure une discipline profondément différente des autres branches de la médecine et, à notre avis du moins, doit être pratiquée dans un cadre approprié. C'est d'ailleurs l'opinion de nombreux chefs de service de neuro-psychiatrie des hôpitaux généraux qui se sentent "à l'étroit" dans leurs conditions de travail.

Un autre inconvénient, d'ordre différent mais non négligeable, est qu'aux yeux de trop de gens (dont les médecins et les administrateurs), on ne ferait que reprendre en la redorant la solution du "quartier d'hospice". Or, qu'on le veuille ou non, le "quartier d'hospice" jouit d'une mauvaise réputation ; de plus, il fait toujours figure de parent pauvre vis-à-vis de ses "nobles frères" les pavillons de chirurgie, de maternité...

Aussi la formule que nous proposons a l'avantage, outre sa souplesse et sa maniabilité, de permettre également des économies de gestion non négligeables.

3) La population.

Par souci d'unité, il nous semble qu'il faille encore aborder cette question sous l'angle du service. La capacité optimum est fonction de différents points de vue :

- quel est l'effectif de la population qu'une équipe médico-sociale peut prendre en charge sur le plan de la santé mentale ?

- en tenant compte du temps qui doit être réservé aux malades hospitalisés, combien de patients peuvent-ils bénéficier des soins d'un seul médecin ? On ne doit pas en effet oublier qu'une fraction importante de la permanence assurée par le chef de service est absorbée par des tâches autres que le colloque singulier , non seulement le travail administratif mais aussi les contacts nécessaires avec l'ensemble de l'équipe soignante et notamment le personnel infirmier.

A titre indicatif, les auteurs qui se sont penchés sur le problème se sont arrêtés provisoirement au chiffre de 60.000 habitants comme étant l'unité démographique dans laquelle une équipe peut valablement opérer. En ce qui concerne le nombre de lits nécessaires, on peut retenir le pourcentage de l'O.M.S., c'est-à-dire 3 lits pour 1.000 habitants, soit 180 lits pour la tranche de population donnée. Il semble raisonnable de penser qu'une équipe médicale suffisante puisse valablement oeuvrer dans ces conditions. Néanmoins, et c'est aussi ce qu'exprime la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, l'activité des organismes extra-hospitaliers entre en ligne de compte pour réduire tant la durée que le nombre des hospitalisations, aussi peut-on espérer, dans ces conditions, que 160 lits environ suffiraient à couvrir les besoins. Suivant les nécessités conditionnées par la structure locale, ces services pourraient ou non se grouper et former, comme le souhaitent les experts, un établissement

de 400 à 600 lits.

La question de l'intérêt de l'uni ou de la bisexualité au sein du service ne se pose pas. Chargé de la santé mentale d'une collectivité donnée, le psychiatre assume la prévention, l'hospitalisation et la post-cure pour les deux sexes. Nous verrons d'ailleurs plus loin qu'au sein d'un même pavillon, il est des cas où hommes et femmes peuvent être soignés ensemble.

Il nous reste sous cette même rubrique à envisager quelles sortes de malades peuvent bénéficier de l'hospitalisation. Il nous semble plus aisé d'aborder la question en commençant par voir ceux pour qui l'établissement psychiatrique n'est pas fait. Par ce biais, peut-être pourrons-nous proposer des solutions concrètes au problème de l'encombrement dont a vu qu'il entraînait obligatoirement la dégradation du centre de soins.

Dans sa "Définition de l'hôpital psychiatrique", Monsieur BONNAFE signale qu'il a cherché dans son service combien de malades sur 403 ne relevaient indiscutablement pas du séjour à l'hôpital psychiatrique ; il en a trouvé 237... Tant sur le plan économique que médical, leur présence est préjudiciable à la collectivité et souvent à eux-mêmes.

Ainsi pensons-nous que nombre de vieillards qui encombrent les services n'ont pas à y être. Pour certains d'entre eux, le procès de l'asile n'est plus à faire et très vite parfois on les voit se dégrader, sombrer dans le gâtisme et la démence. Certes, ceux qui réagissent par les troubles du caractère ou une production délirante au vécu pénible qu'ils éprouvent dans une forme de société qui n'est plus faite pour eux, doivent être soignés dans un service psychiatrique. Il est capital toutefois que l'hospitalisation s'effectue dans un pavillon adapté et qu'elle soit brève, sinon toute réinsertion devient vite impossible. L'hospice, du moins tel qu'il se pré-

sente actuellement, est une solution aussi inadéquate. Les progrès de l'hygiène en général et l'emploi des antibiotiques en particulier ont entrainé une augmentation remarquable de la longévité ; malheureusement en même temps s'est produite une évolution sociale telle que la famille (au sens de la "gens") s'est dissociée et que les vieillards, coupésde leurs amarres, ne savent quelle est leur place, ou même s'ils en ont une.

C'est dire que de plus en plus, si une transformation radicale n'est pas mise en oeuvre rapidement, leur afflux croissant va "saturer", "étouffer" les services ; aussi, d'autres solutions que l'hôpital psychiatrique doivent être trouvées.

Cela ne signifie pas que le psychiatre n'ait pas à prendre en charge les vieillards de son secteur, mais en revanche que ce médecin ne soit pas le seul personnage social qui ait à s'en occuper, le problème gériatrique débordant largement sa seule compétence. Dans cet ordre d'idées, des mesures telles que la possibilité d'emploi à temps partiel après la mise à la retraite souvent prématurée, la création de foyers pour vieux ménages, la réforme totale des hospices, l'augmentation des pensions, devraient être mises en application avant que le problème, par son ampleur croissante, devienne insoluble.

Ce qui est valable pour les vieillards l'est dans une large mesure pour les oligophrènes ; pour eux aussi l'hospitalisation n'est pas le meilleur mode de vie. L'augmentation de la loi Cordonnier permettant aux familles de garder leur infirme, les placements à la campagne, la création d'emplois réservés, d'ateliers protégés qui occuperaient ces sujets pendant les heures de travail de leurs parents seraient sans doute de meilleures formules. De même, la création dans chaque secteur de maisons collectives, de préférence en milieu rural, où 10 à 15 oligophrènes pourraient vivre sous la direction d'un couple

d'infirmiers, nous parait être une solution heureuse.

La question de l'opportunité de soigner les éthyliques en milieu psychiatrique est assez controversée. Si le pourcentage d'alcooliques n'est pas trop important, on peut concevoir de les soigner à l'intérieur du service ; dans des régions particulièrement "imbibées", il est préférable que le centre de rééducation spécialisée prévu par la loi(1) soit implanté en dehors de l'enceinte de l'établissement psychiatrique.

Le problème des délinquants est particulièrement difficile à résoudre ; certes, théoriquement une distinction peut s'établir, mais de nombreux déséquilibrés sont difficilement classables. Pour ces antisociaux, l'établissement pénitentiaire n'est pas plus adapté que l'établissement psychiatrique ; il faut regretter l'absence de centres spécialisés du style prison-modèle à liberté partielle, tels qu'il en existe dans certains pays étrangers.

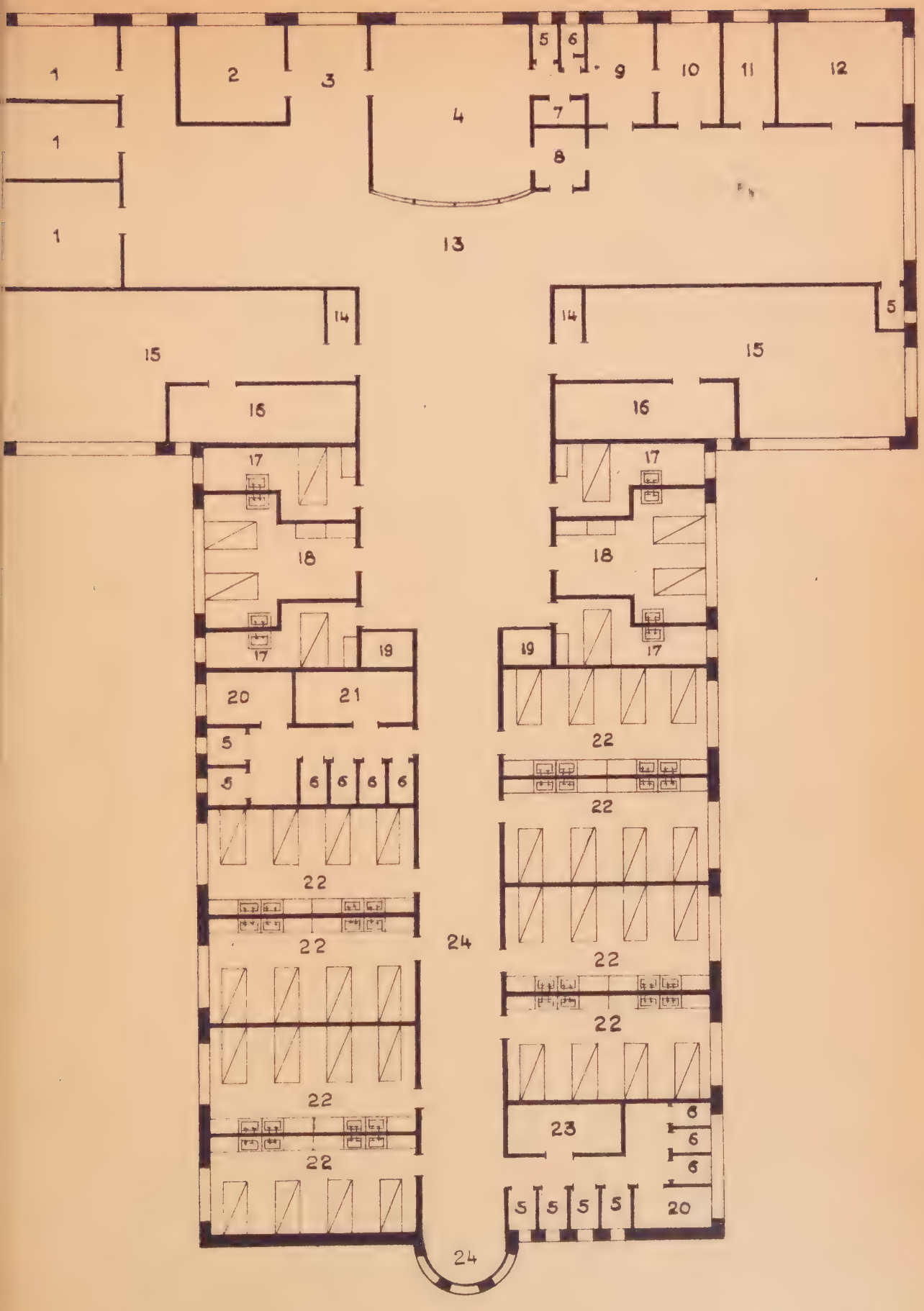
Qu'il nous soit permis de répéter qu'il ne s'agit pas pour le psychiatre d'adopter une solution de rejet pour ces infirmes mentaux ; il continuera à leur apporter son aide mais dans un cadre plus approprié que l'hôpital psychiatrique. Ainsi, une meilleure coordination des différents éléments de l'assistance psychiatrique pourrait, nous semble-t'il, réserver l'hospitalisation aux sujets qui en bénéficieraient pleinement.

---

(1) Article 5 de la Loi du 15 avril 1954.

LEGENDE DU PLAN A

1 - Ateliers
2 - Parloir
3 - Entrée
4 - Salle des infirmières
5 - W.C.
6 - Douche
7 - Vestiaire
8 - Bureau du chef de pavillon
9 - Bureau médical
10 - Salle de traitement
11 - 12 - Pièces polyvalentes
13 - Salle de séjour
14 - Lavabos
15 - Réfectoire
16 - Office
17 - Chambre à 1 lit
18 - Chambre à 2 lits
19 - Placards
20 - Salle de bains
21 - Petite buanderie à l'usage des malades
22 - Chambre à 4 lits
23 - Réserve à linge
24 - Dégagement (arrivée et départ du linge, des gamelles de re
des paniers de pharmacie, etc...)



Plan : A

Echelle 1/200

LEGENDE DU PLAN B

1 - Quartier général du Chef de service
comprenant les locaux de consultation externe

2 - Ateliers

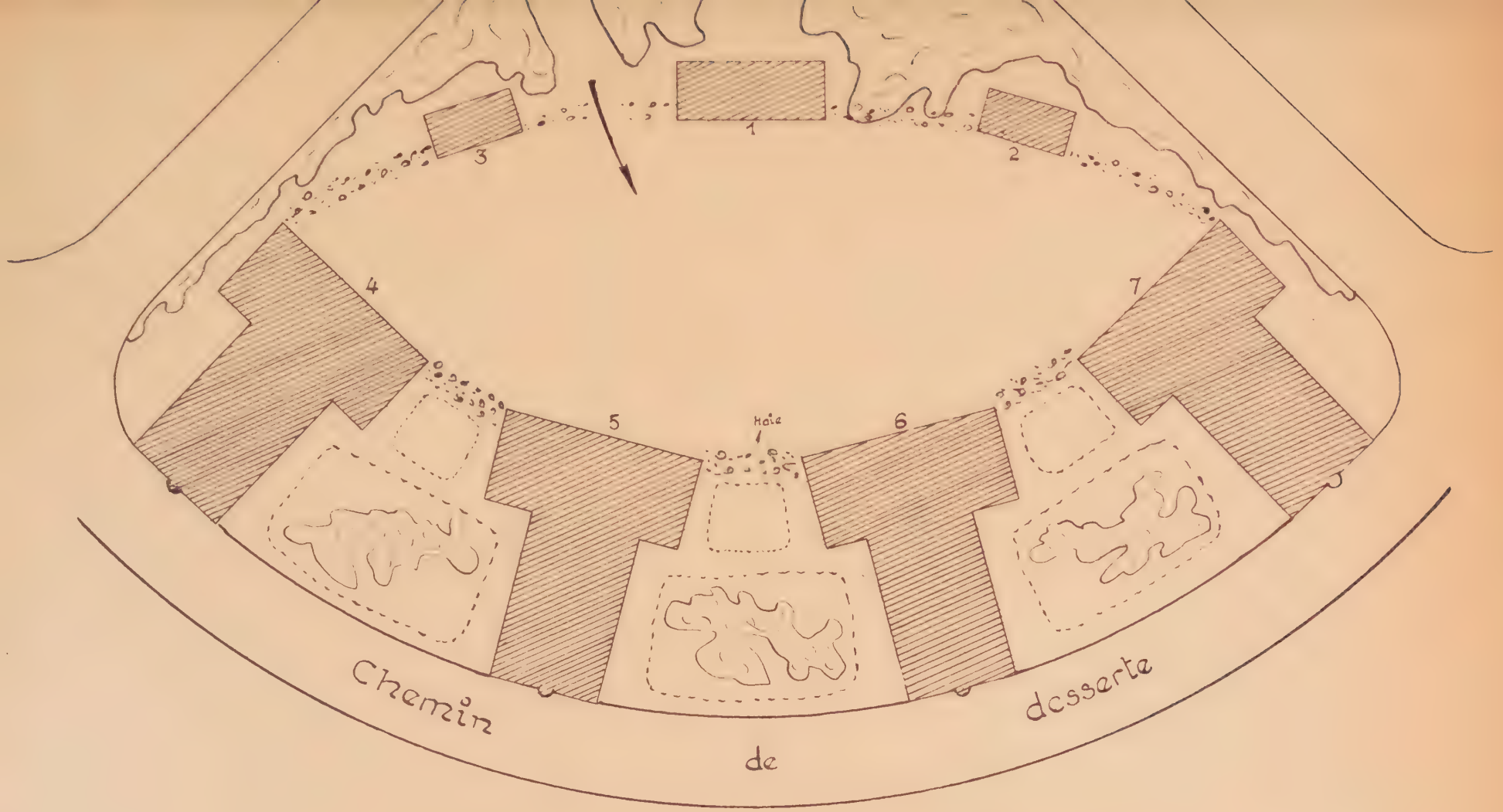
3 - Foyer

4 - Pavillon de vieillards

5 - " de femmes

6 - " d'hommes

7 - " d'hospitalisation à temps partiel



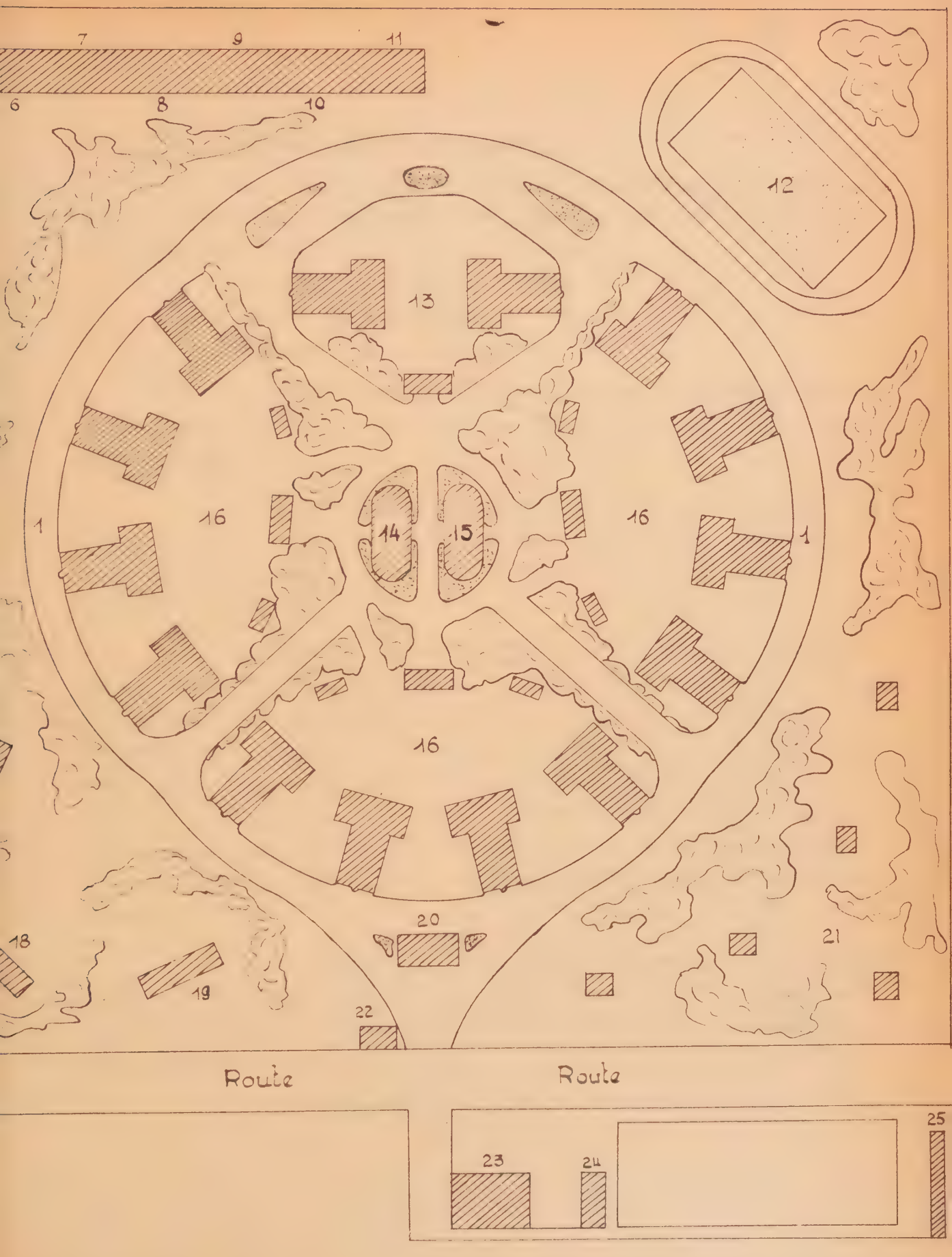
Plan : B

Echelle : 1/1000

LEGENDE DU PLAN C

1 - Route périphérique desservant tous les pavillons
2 - Station d'épuration
3 - Ateliers d'entretien
4 - Garages
5 - Centrale électrique
6 - Chaufferie
7 - Buanderie
8 - Lingerie
9 - Dépense
10 - Magasins
11 - Cuisine
12 - Terrain de sports
13 - Service d'enfants
14 - Centre social
15 - Bloc médical
16 - Service hospitalier
17 - Morgue
18 - Logement de fonction du personnel (administratif, technique infirmier)
19 - Internat
20 - Bloc administratif
21 - Villas des médecins-chefs et directeur
22 - Concierge - Vaguemestre - Standard téléphonique
23 - Ateliers protégés
24 - Service d'alcooliques dangereux
25 - Porcherie

an : C



Echelle : 1/2.500

4) Le plan d'ensemble de l'établissement.

Dans leur majorité, les experts préconisent le principe d'un village thérapeutique dont la vie est centrée vers trois pôles d'attraction :

- le centre de sociothérapie,
- le bloc thérapeutique,
- les services généraux.

A partir de ces éléments, les pavillons se répartissent avec souplesse ; selon leur degré de sociabilité, les malades occupent une unité plus ou moins rapprochée du centre.

Envisageant le problème essentiellement sous l'angle du service, c'est à partir de celui-ci que nous avons esquissé une formule d'hôpital psychiatrique (dans le cas où plusieurs services seraient réunis).

La solution que nous proposons s'écarte assez nettement de la formule village, non pas tant parce que l'hôpital doit viser à n'être qu'un lieu de passage, une étape, et que sa structure n'a pas besoin d'être calquée sur le modèle d'une résidence définitive, mais aussi et surtout parce qu'il faut tenir compte des nécessités d'exploitation. Aussi un "outil" tel un centre de soins doit-il être le plus fonctionnel possible, c'est-à-dire que le travail doit pouvoir s'y accomplir avec le minimum de personnel qui ait à faire un minimum de gestes.

Pour l'exposition de la formule proposée, nous prendrons le cas de l'hôpital psychiatrique relativement éloigné de l'hôpital général, c'est-à-dire devant posséder en propre tous les organismes nécessaires à une vie autonome.

Le plan proposé découle de la nécessité ressentie :

- d'une individualisation fonctionnelle du service desservant la population d'un secteur donné ;

- de l'existence d'éléments centraux communs à tous les services (administratifs, sociaux, médicaux) ;

- de l'implantation d'éléments périphériques tels

  - les services généraux

  - la zone résidentielle.

L'établissement de circuits simples a entraîné l'inscription, à l'intérieur d'une route circulaire, des organismes centraux et des services.

5) Le service.

A) Plan d'ensemble.

"Fer de lance" de l'assistance psychiatrique d'un secteur, le service hospitalier doit posséder presque toute la gamme des possibilités qu'une équipe médico-sociale peut offrir aux malades mentaux d'une collectivité donnée, c'est-à-dire, outre les pavillons d'hospitalisation hommes, femmes, vieillards (celui-ci pouvant être mixte), une unité à temps partiel pouvant fonctionner à la fois comme hôpital de jour et comme hôpital de nuit. Par ailleurs, la nécessité s'est fait sentir de créer des ateliers d'ergothérapie à l'échelon du service pour un niveau de réadaptation plus élevé que ceux inclus dans les pavillons.

Enfin, il y a lieu de prévoir une consultation externe dans l'enceinte même du service, ce qui a l'avantage non seulement d'économiser des déplacements inutiles pour l'équipe, mais aussi d'ouvrir davantage l'établissement psychiatrique au monde extérieur. Cet élément trouve naturellement sa place au sein du quartier général du chef de service, qui ne serait pas établi dans un pavillon devenant par ce fait même priviligié, mais situé approximativement à distance égale des différents lieux d'hospitalisation.

(L'individualité du service, amorcée déjà par l'aménagement des pavillons, est complétée par l'heureux persillage dans l'intervalle des constructions annexes, évitant la construction d'un mur d'enceinte);

B) Eléments constitutifs.

a) Les pavillons d'hospitalisation.

Il n'a pas paru nécessaire de diversifier la structure des bâtiments suivant la catégorie des malades, un pavillon à un seul niveau, ayant la forme d'un T pouvant, semble-t'il, s'adapter à tous les besoins. Il abrite 40 malades.

La branche horizontale du T regarde vers l'intérieur du service ; avec ses homologues, elle délimite un espace assez vaste qui ne rappelle en rien la lugubre cour des "quartiers", mais où les malades peuvent se détendre. Un terrain de basket-ball ou de volley-ball peut y être implanté. C'est à ce niveau que se trouve la porte d'entrée principale du pavillon. Cette branche horizontale est consacrée aux locaux de jour. Nous y trouvons en effet :

- les pièces médicales :
  - salle de soins et bureau des infirmières, avec leurs annexes ;
  - bureau du médecin (isolé acoustiquement) et salle de traitements adjointe ;
  - un parloir assez spacieux pour servir également de local de psychothérapie de groupe ;
  - des ateliers d'ergothérapie ;
  - des salles de séjour qui ne sont pas trop vastes pour que les malades s'y sentent à leur aise ;
  - des réfectoires et offices, ces derniers étant assez grands pour pouvoir servir de petits ateliers de cuisine) ;
  - des pièces polyvalentes (réserves...).

Nous insistons particulièrement sur le rôle joué par la salle de soins qui est en même temps le quartier général des infirmières. Il s'agit d'une grande pièce, vitrée à mi-hauteur et située à la partie médiane de la barre horizontale du T. De cet endroit, les infirmières peuvent voir non seulement les malades qui se trouvent dans les locaux de jour, mais aussi surveiller les locaux de nuit situés dans la partie verticale du T.

La branche verticale est consacrée à l'alitement. De chaque côté d'un couloir se répartissent chambres et sanitaires pour vingt personnes. A l'extrêmité du couloir se trouve une porte de sortie et deux trappes qui donnent sur la route circulaire desservant tous les services. Par ces trappes arrivent les repas, le linge, la pharmacie, voire le courrier ; de même, en repartent les examens de laboratoire, le linge sale, les gamelles... Un système simple de signalisation optique composé de lampes rouges et vertes placées au-dessus de la porte, à la fois à l'extérieur et à l'intérieur, indique aux agents des services généraux et à l'infirmière qu'il y a quelque chose à prendre ou à retirer.

La porte permet que l'évacuation des morts s'effectue avec le maximum de discrétion ; en outre, par cette issue, les malades auxquels on accorde ce degré de liberté peuvent quitter l'enceinte du service. Ainsi, la latitude de mouvements laissés à chacun peut être judicieusement dosée. Demeurant au début de son hospitalisation à l'intérieur du pavillon, le malade pourra au fur et à mesure de son amélioration circuler dans l'enceinte du service, puis de l'hôpital, sortir enfin de celui-ci pour ne revenir que le soir dans "l'hôpital de nuit" avant d'obtenir sa sortie définitive.

L'alitement est constitué de deux groupes destinés à vingt malades. Pour chaque partie il a été prévu :

- deux chambres à un lit, celle située le plus près des

locaux de jour étant protégée surtout acoustiquement, munie de moyens d'occultation, équipée de vitres incassables ; ainsi peut-elle servir pour l'isolement des malades agités et de ceux en cure de sommeil ;

- une chambre à deux lits ;
- quatre petits dortoirs à quatre lits.

Dans tous les locaux d'alitement, les malades disposent individuellement d'un lavabo et d'une armoire-penderie. Est prévu un bloc sanitaire avec douches, salle de bains, W.C., dans lequel trouvent également place une pièce où les malades peuvent laver leur petit linge, et de vastes placards. Les sanitaires sont disposés de telle sorte que l'on y ait rapidement accès de toutes les chambres.

Le couloir, bien qu'étant assez large peut, étant donné sa longueur, paraitre sombre. Aussi y a-t'il intérêt à lui donner de la luminosité par le plafond au moyen de briques de verre.

b) Le foyer et les ateliers du service.

1 - Le foyer est essentiellement un endroit où l'on aimera se retrouver. Il est constitué :

- d'une salle de réunion assez vaste pour qu'elle puisse servir de salle de danse, de club de télévision et aussi comme lieu de réunion entre médecins, personnel et malades;
- d'une bibliothèque avec salle de lecture ;
- d'une discothèque ;
- d'une petite cantine.

2 - Les ateliers de service constituent un niveau de réadaptation plus élevé que ceux des pavillons. Ils ont en outre l'avantage d'être mixtes ; ainsi, certains objets fabriqués par les hommes pourraient être ornés par les femmes, et le goût féminin contribuera à améliorer les réalisations. Il nous parait souhaitable qu'un atelier de cuisine y trouve sa place.

c) Le quartier général du chef de service.

Il doit pouvoir être utilisé également comme local de consultation externe ; c'est dire qu'il y a lieu de prévoir deux entrées, l'une donnant sur le service, l'autre vers l'extérieur.

La façade qui regarde l'intérieur du service est occupée au milieu par le bureau du médecin-chef, qui doit être assez spacieux pour permettre la réunion de toute l'équipe. Cette pièce est entourée d'un côté par les bureaux du surveillant et de la secrétaire médicale, et de l'autre par une salle d'examen et de traitements ambulatoires, et dans certains cas, par le laboratoire d'électroencéphalographie.

Les locaux donnant vers l'extérieur sont destinés à la psychologue, à l'assistante sociale ; en outre, une salle d'attente et des vitrines d'exposition de travaux d'ergothérapie peuvent y figurer.

Plusieurs pièces supplémentaires sont prévues dont l'affectation dépend des besoins de l'équipe et qui seront utilisées comme bureau de l'assistant, des internes, archives, réserves...

Un étage partiel peut surmonter ce bâtiment et abriter l'appartement du surveillant-chef.

6) Les organismes centraux de l'hôpital.

Ils sont placés par ordre de proximité de la porte d'entrée de la manière suivante :

- bloc administratif
- blocs social et médical

A) Le bloc administratif.

Il peut s'agir d'un bâtiment à un seul niveau. Il contient l'administration des biens, l'économat (bien que le service puisse, dans certains cas, être implanté au sein des services généraux), le secrétariat de direction, la direction et le bureau des entrées.

Le bureau du durecteur est de préférence situé à la

convergence des autres services.

Quant au bureau des entrées, il y a lieu de l'installer le plus près possible de la porte de l'hôpital, ceci afin de faciliter les démarches des familles.

B) Le bloc de socialthérapie.

Il constitue le pôle essentiel de la vie de l'établissement ; on peut l'envisager plus important que le bloc précédent. Doivent y trouver place :

- une grande salle de spectacle qui peut avoir des destinations multiples telles son utilisation comme salle de sports couverte, salle de cours pour le personnel, voire lieu de culte ;
- un foyer central avec bar et petits magasins ;
- une bibliothèque avec salle de lecture ;
- une discothèque ;
- un salon de coiffure hommes et femmes ;
- quelques ateliers de photographie, de coupe, de rédaction d'un journal, c'est-à-dire des clubs qui n'auraient pas une clientèle suffisante à l'intérieur d'un service.

C) Le bloc médical.

Il est situé à équidistance des quartiers généraux des chefs de service. Il y a lieu d'y inclure :

- la pharmacie et les laboratoires ;
- la radiologie et l'électroencéphalographie (si l'établissement s'est attaché un électroencéphalographiste) ;
- les locaux de consultation des spécialistes ;
- la bibliothèque médicale et une salle de réunions pour les médecins ;
- une salle d'attente et quelques pièces polyvalentes.

Il n'est pas indispensable, compte-tenu de la proximité de la ville, donc de l'hôpital général, de prévoir un bloc chirurgical.

7) Les organismes périphériques de l'hôpital.

Il s'agit des services généraux et de la zone résidentielle.

A) Pour l'implantation des services généraux, il convient non seulement de tenir compte de l'orientation des vents dominants, mais aussi, dans la répartition des différents éléments, des synergies fonctionnelles qui doivent être respectées. C'est ainsi qu'il convient de placer la lingerie à côté de la buanderie, celle-ci jouxtant la chaufferie. S'il peut paraitre intéressant, de prime abord, de placer les garages entre la cuisine et la lingerie qui en sont les principaux utilisateurs, il apparait toutefois que le chef d'entretien est surtout sollicité par le groupe buanderie-chaufferie-ateliers d'entretien-garages-station d'épuration. En conséquence, il convient de ne pas dissocier ces éléments et d'installer le bureau du chef d'entretien à équidistance de ceux-ci. Cet agent a également sous son contrôle direct le poste d'incendie.

Le château d'eau, s'il convient d'en prévoir, ne devra pas être situé près de la station d'épuration pour éviter le danger d'infiltration. En revanche, la morgue peut être située dans ce secteur.

Les magasins, la dépense, la cuisine doivent former un bloc ; dans un petit établissement où l'économe est directement responsable des services généraux, l'économat peut être envisagé dans cette zone ; toutefois, son éloignement du reste de l'administration pourrait entrainer des inconvénients supérieurs aux avantages obtenus.

Le terrain de sports pourrait trouver sa place près des services généraux, de même une salle de sports couverte et des sanitaires annexes si la salle des fêtes ne peut que difficilement être transformée dans ce but.

B) La zone résidentielle est établie dans la partie diamétralement opposée de l'établissement. Il peut être commode de la scinder en deux parties situées de chaque côté de la porte d'entrée :

- les résidences du personnel supérieur qui bénéficie de villas ;
- les autres logements de fonction qui se répartissent en trois blocs pour l'internat, le personnel infirmier célibataire et les autres membres du personnel logés à l'établissement.

Ces deux zones doivent en tout cas remplir les conditions suivantes :

- avoir leur accès indépendant et des garages annexes ;
- être protégées de l'établissement par des jardins et des espaces verts ;
- êtres divisées en parcelles de terrain assez vastes pour que l'autonomie de chacun soit respectée.

Tous les éléments constitutifs de l'hôpital que nous venons d'étudier sont contenus dans une enceinte ; en dehors des accès indépendants pour la zone résidentielle, il existe une porte d'entrée principale avec conciergerie à laquelle sont rattachés vaguemestre et standard téléphonique.

8) En dehors de l'enceinte, mais de préférence près de la porte d'entrée, il peut être intéressant de prévoir des ateliers protégés. Par ailleurs, selon les exigences locales, un service pour alcooliques dangereux peut y être implanté.

En outre, s'il est entendu que désormais les fermes n'ont plus leur raison catégorique d'être, l'installation d'une porcherie, de dimensions appropriées au volume des eaux grasses produites par l'établissement, pourra constituer une source non négligeable d'économie, l'entretien des bâtiments et des bêtes pouvant se faire par des malades bien encadrés, qui pourront être ceux de la section anti-alcoolique.

9) Le service des enfants, s'il doit figurer à l'intérieur de l'éta-

blissement, peut en revanche difficilement être "sectorisé". Aussi, il est autonome, formant à lui seul un petit service avec deux pavillons distincts (enfants "inéducables" et "psychotiques") et son quartier général.

10) Dans la formule proposée, élaborée sous la direction de notre maître DREYFUSS, en prenant l'avis du personnel infirmier, des services généraux et de malades, nous nous sommes efforcés de tracer des circuits simples qui sont essentiellement :

A) Pour le personnel des services généraux, la route circulaire qui permet en effet de simplifier le problème des distributions de linge, d'aliments, de produits pharmaceutiques... Tout ce qui est livré ou repris ne l'est que par une seule issue.

On peut concevoir également la jonction des services généraux entre eux et avec les services au moyen de souterrains creusés sous cette route circulaire, le transport étant effectué alors au moyen de chariots électriques. Cette formule aurait également l'avantage de permettre la surveillance des nombreuses canalisations que comporte un hôpital, celles-ci pouvant être fixées le long des parois du souterrain; certes, ce système entraîne la création de nombreux monte-charges, donc des dépenses supplémentaires, mais peut aider à résoudre des problèmes d'exploitation.

B) Circuits de l'équipe médicale :

- la liaison avec les organismes centraux de l'hôpital est assez facilement et rapidement réalisée ;

- la "visite" quotidienne n'entraîne plus de longues promenades, chaque pavillon étant accessible en moins de trois minutes du bureau du médecin-chef.

C) Les circuits du personnel infirmier.

- A l'intérieur du pavillon, la réalisation sur un seul niveau, la forme en T avec séparation en deux zones distinctes (locaux

de jour et alitement), le système d'arrivée et de départ par une seule issue entraîne une économie de gestes importante, donc de personnel ; certes, le couloir central de l'alitement est un lieu de passage particulièrement fréquenté, aussi il est nécessaire de prévoir un revêtement de sol souple et silencieux et par ailleurs d'utiliser des chariots munis de roues caoutchoutées;

- la liaison entre le bureau des infirmières et du surveillant peut se faire très rapidement.

D) Les circuits des malades.

Nous avons déjà vu qu'ils pouvaient être diversifiés suivant le degré de liberté qui peut être accordé à chacun ; de même l'existence de quatre niveaux d'ergothérapie permet-elle une réadaptation progressive : (ateliers du pavillon, du service, du centre social, des services généraux).

La formule que nous venons assez longuement de décrire est celle de l'hôpital psychiatrique ne jouxtant pas l'hôpital général; le plan d'ensemble toutefois peut être amputé de certains éléments dans l'hypothèse d'une relative coopération avec une autre formation hospitalière. Quoiqu'il en soit, le "noyau" demeure le service, qu'il soit rattaché à un hôpital général ou qu'attaché à d'autres, il contribue à former un établissement psychiatrique.

La concentration en son sein des éléments de prévention, d'hospitalisation, de post-cure, doit permettre à une équipe médico-sociale d'assumer la responsabilité de la santé mentale d'un secteur avec le maximum d'efficience. Dans la gamme des possibilités d'assistance qui lui sont offertes, le médecin pourra puiser pour chaque malade, non pas une réponse, mais la réponse à la demande d'aide qui lui est adressée, dosant son assistance comme il gradue la posologie de ses autres thérapeutiques. Ainsi le psychiatre d'hôpital sera-t'il en mesure d'accomplir son rôle ; las d'être par la force des choses aliéniste, il pourra alors désaliéner.

C O N C L U S I O N S

I - Le fou de l'Antiquité enchaîné aux colonnes des temples, le possédé brûlé sur le bûcher après avoir été condamné pour magie, l'insensé relégué avec les teigneux, les syphilitiques, les assassins au cours du Grand Siècle, l'aliéné dont Pinel fit tomber les chaînes pour ne pas moins l'enfermer derrière les murs d'un redoutable asile, tous ces malades mentaux ont connu au cours des siècles le destin logique des variations de la notion de folie. En particulier a varié le lieu de la relégation, sa structure, ses critères, pour aboutir à l'asile promu depuis un passé relativement récent, au moins nominalement, au rang d'hôpital psychiatrique.

II - Cet hôpital psychiatrique, bien que représentant un progrès considérable par rapport aux formules antérieures, n'en donne pas moins prise à de nombreuses critiques, par exemple :

- implantation fréquemment éloignée du centre d'attraction démographique de l'aire qu'il a pour but de desservir ;
- distance souvent importante des autres formations hospitalières, d'où difficultés dans l'utilisation de leurs spécialistes et de leurs moyens d'investigation ;
- structure statique et ségrégative entrainant en partie l'élaboration d'une"psychiatrie en cascade" ou"d'écrémage" ;

- agencement intérieur souvent mal coordonné car résultant du hasard des constructions successives ne découlant pas d'un plan-directeur et rendant peu rationnel le mode d'exploitation.

Toutes ces caractéristiques entraînent, compte non tenu des incidences sur la vie du malade, d'une part l'aliénation de l'aliéniste, et d'autre part l'emploi parfois anarchique du personnel soignant perdant une partie de son temps en gestes et trajets inutiles.

III - Après l'étude des normes admises, nous avons essayé de penser la structure d'un service dont est responsable un médecin assisté de son équipe, ce service pouvant, avec d'autres, constituer un hôpital psychiatrique ou bien être conçu à proximité d'un hôpital général.

Parmi les principes jugés les plus appropriés, nous citerons :

- nécessité d'un niveau unique pour les locaux de jour et d'alitement ;
- étude rationnelle des circuits tant à l'intérieur du pavillon et du service que dans leurs connexions avec l'ensemble de l'hôpital ;
- équidistance du quartier général de l'équipe médicale par rapport aux différents éléments constitutifs du service, en évitant ainsi la notion de pavillon priviligié ;
- utilité d'un éventail de possibilités permettant aux malades d'atteindre des stades progressivement croissants de liberté.

- importance de la coexistence dans l'enceinte du service du dispositif de consultation externe et de l'hospitalisation à temps partiel (étape actuellement aussi nécessaire que l'était il y a quelques années l'adjonction du service libre).

Cette concentration des éléments de la lutte contre la maladie mentale, pour peu qu'elle soit judicieusement prévue du point de vue démographique, permettra au médecin un maximum d'efficacité au centre de son secteur.

Vu, le Président de Thèse
Professeur Jean DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur Léon BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABELY (X.) - Réponse à GUYOT -
(Information psychiatrique, mai 1947).

2 - ABELY (X.) et LAUZIER - Assistance et protection des malades mentaux, Doin, Paris 1950.

3 - AMIEL (R.) et BAUME (S.) - Les principaux instruments de post-cure psychiatrique.
(Techniques Hospitalières, n° 145-146, 1957).

4 - ANGLADE (L.) - Ce que pourrait être l'assistance psychiatrique dans le département de la Sarthe.
(Information Psychiatrique, novembre 1960).

5 - ARCHITECTURE FRANÇAISE - L'Hôpital psychiatrique de Laragne.
(N° 197).

6 - ASTORG - L'Hôpital psychiatrique de La Verrière -
(La Vie Collective, mai 1961).

7 - BALVET - Asile et hôpital psychiatrique, l'expérience d'un établissement rural.
(Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Montpellier, 1942).

8 - BARUK (H.) - La psychiatrie sociale, 1955.

9 - BENOISTON - Disparition de l'architecture pénitentiaire à l'hôpital psychiatrique.
(Techniques Hospitalières, mai 1955).

10 - BOLLOTTE (G.) - La longue éclipse.
(Information Psychiatrique, 1953).

11 - BONNAFE (L.) - A propos des tendances nouvelles de l'architecture médicale.
(Information Psychiatrique, février 1946).

12 - BONNAFE (L.) - Essai sur la conception générale de l'établissement de cure et de réadaptation.
(Documents de l'Information Psychiatrique, n° 2).

13 - BONNAFE (L.) - Point de vue sur la construction et l'aménagement d'un service libre.
(Information Psychiatrique, novembre 1955).

14 - BONNAFE (L.) - Définition de l'hôpital psychiatrique.
(Annales médico-psychologiques, avril 1956).

15 - BONNAFE (L.) - Le milieu hospitalier vu du point de vue psychothérapique ou théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique.
(La Raison, N° 17 et 18, 1957).

16 - BONNAFE (L.) - Sur l'unité de la théorie et de la pratique en psychiatrie.
(C.M.A.N.F. 1946).

17 - BONNAFE (L.) - Le personnage du psychiatre.
(Evolution psychiatrique, octobre-décembre 1948)

18 - BONNAFE (L.) - REGIS - Bilan et perspectives de la protection de la santé mentale en France.
(Information psychiatrique, août 1951).

19 - BONNAFE (L.) - DAUMEZON - Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service psychiatrique public de secteur.
(Information Psychiatrique, octobre 1959).

20 - BONNAFE (L.), JACQUELIN, MIGNOT, REGIS et SIVADON - Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée.
(Information psychiatrique, juin 1957).

21 - BOUQUEREL - Les problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique.
(C.M.A.N.F., 1956).

22 - CASTETS (B.) - Les malades posant des problèmes d'assistance psychiatrique dans les hôpitaux généraux.
(Techniques Hospitalières, janvier 1960).

23 - CHANOIT - Tendances actuelles de l'assistance psychiatrique.
(Paris, thèse médecine, 1955).

24 - CHENOT (B.) - Discours lors de l'inauguration du Centre Psychothérapique départemental de l'Aube.
(Techniques Hospitalières, février 1960).

25 - CIRCULAIRES DU :

- 13 octobre 1937, dite "CIRCULAIRE RUCARD" basée sur le rapport de MM. HAYE et LAUZIER, "L'organisation de la prophylaxie des troubles mentaux dans le cadre départemen
- 21 août 1952, N° 158 (sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques).
- 10 octobre 1958, N° 263 c.
- 15 mars 1960, N° 340 b 2, relative au plan-directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.
- 15 mars 1960 (N° 340) relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contr les maladies mentales.

26 - COLOMBIER - Instructions sur la manière de gouverner les insensés (1785), in "Aliéniste Français, 1937.

27 - DAUMEZON (G.) - Vers une conception moderne de l'hôpital psychiatrique.
(Techniques Hospitalières, mai 1946).

28 - DAUMEZON (G.) - La protection de la santé mentale en France.
(Documents de l'Information Psychiatrique, 1946).

29 - DAUMEZON (G.) - De la nécessité d'une définition standard du service ouvert.
(Annales médico-psychologiques, janvier 1939).

30 - DAUMEZON (G.) - Psychiatrie de secteur.
(Présences, N° 70).

31 - DAUMEZON (G.) - Réflexions sur la structure juridique du service psychiatrique public.
(C.M.A.N.F., Tours, 1959).

32 - DAUMEZON, TOSQUELLES et PAUMELLE - Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique, ergothérapie, sociothérapie.
(Encyclopédie médico-chirurgicale, "Psychiatrie", vol.III.

33 - DAUMEZON (G.) et BONNAFE (L.) - L'internement, conduite primitive de la société devant la maladie mentale, recherche d'une attitude plus évoluée.
(Documents de l'Information Psychiatrique, 1946).

34 - DAUMEZON, EY, FOUQUET, HALON, LAUZIER - Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques.
(Information Psychiatrique, octobre 1954).

35 - DELAY (J.) - Aspects de la psychiatrie moderne -
(P.U.F., 1956).

36 - DEREVOGE (G.) - Etude sur les hôpitaux psychiatriques américains.
(Techniques Hospitalières, janvier 1954).

37 - DIEDERICHS (A.) - Pour un service de psychiatrie de secteur -
(Thèse médecine, Lyon, 1959).

38 - DOUSSINET (P.) - Le retour du malade à la vie sociale.
(Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1958. Supplément pp. 41-44).

39 - DUCHENE (H.) - Les services publics psychiatriques extra-hospitaliers.
(C.M.A.N.F., Tours, 1959).

40 - DUCHENE (H.) et PAUMELLE (Ph.) - A propos de la notion d'urgence en psychiatrie.
(Information Psychiatrique, janvier 1958).

41 - DUCHENE et PUECH. Le service de prophylaxie mentale de l'O.P.H.S.
(Hygiène Mentale 1953, N° 5.

42 - ESPRIT - Misère de la psychiatrie.
(1952, N° 12).

43 - ESQUIROL - Des maladies mentales, 1838.

44 - EY (H)-Histoire de la psychiatrie.
(Encyclopédie médico-chirurgicale, "Psychiatrie", T.I).

45 - EY (H.) - Etudes psychiatriques, T.I, Desclée de Brouwer, Paris, 1952.

46 - FOLLIN (S.) - L'internement pourrait être l'exception
Expérience d'un service départemental de psychiatrie sans internement .
(Annales médico-psychologiques, 1954, T.II).

47 - FOLLIN (S.) et DUCHENE - Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade.
(Annales médico-psychologiques, mars 1946).

48 - FOUCAULT (M.) - Histoire de la folie. Plon, 1961.

49 - FROMENT. - Evolution de l'architecture et de l'équipement des centres psychiatriques.
(Architecture d'aujourd'hui, juillet 1959).

50 - FROMENT, LAUZIER, BOUQUEREL - Les matériaux nouveaux et leur application en milieu hospitalier.

51 - GRIESENGER - Traité des maladies mentales, 1865.

52 - GUADET - Eléments et théorie de l'architecture, T. II.

53 - GURTLER (J.) - Les colonies familiales, leur raison d'être, leur organisation, leur avenir, Ghell et Dun-sur-Auron,
(Information Psychiatrique, avril 1956).

54 - GUYOT - Défense du service libre.
(Information psychiatrique, janvier 1947).

55 - GUTH (P.J.) - Le Centre Psychothérapique de Brienne (Aube).
(Techniques Hospitalières, février 1960).

56 - HAZEMANN (R.) et FOUQUET (P.) - Bilan de trois années de fonctionnement du service de prophylaxie mentale de l'O.P.H.S Seine.
(Annales médico-psychologiques, 1945, T. I).

57 - HAZEMANN (R.) - La psychiatrie sociale et les attitudes de la collectivité.
(Information Psychiatrique, juin 1959).

58 - HENDERSON et GILLESPIE - Manuel de psychiatrie, 1955.

59 - L'Hôpital psychiatrique de Digne.
(Technique et Architecture, N° 3).

60 - L'Hôpital psychiatrique des Hautes-Alpes (CARLU, BABIN, GUILLAU JOLY et FORT).
(Techniques Hospitalières, 1957, N° 141).

61 - L'Hôpital psychiatrique de Vauclaire.
(Techniques Hospitalières, octobre 1960).

62 - KOECHLIN (Ph.) - Psychiatrie de secteur en province.
(Information psychiatrique, janvier 1959).

63 - LAMBERT (P.A.), DIEDERICHS (A.), VACHER - LAMBERT (M.) - Sur une expérience d'assistance psychiatrique par secteur en milieu rural.
(C.M.A.N.F., Strasbourg, 1958.

64 - LAUZIER (J.) - Rapport au Xe Congrès International des hôpitaux. Lisbonne, juin 1957.

65 - LAUZIER (J.) - L'hôpital psychiatrique de demain. (Information psychiatrique, juin 1959).

66 - LAUZIER (J.) - Fixation des normes de construction des hôpitaux psychiatriques. (Information psychiatrique, avril 1960).

67 - LAUZIER (J.) et RAYNIER (J.) - La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés. Peyronnet et Cie, édit. 1935.

68 - LAUZIER (J.), BONNAFE (L.), GODEAU - Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique. (Information psychiatrique, janvier 1949).

69 - LE GUILLANT (L.), PARIENTE, FERNANDEZ - KESTENBERG - Une réforme de l'assistance psychiatrique : le service médico-légal de secteur. (Techniques Hospitalières, décembre 1958).

70 - LE GUILLANT (L.) - Remarques sur la fixation des "normes de construction" des hôpitaux psychiatriques. (Information psychiatrique, avril 1960).

71 - LUNIER - Rapport d'inspection de 1874.

72 - MOREL - Le no-restraint, ou de l'abolition des moyens coërcifiés dans le traitement de la folie - Paris 1860.

73 - NICAISE (H.) - Essai sur les fondements théoriques de la psychiatrie de secteur. Thèse, Paris 1961.

74 - O.M.S. - Où placer l'hôpital psychiatrique ? (Information psychiatrique, janvier 1949).

75 - O.M.S. - Rapport sur la première session du Comité d'experts de la Santé mentale. Série de rapports techniques N° 9, avril 1950.

76 - O.M.S. - Rapport sur la deuxième session du Comité d'experts de la Santé mentale. Série de rapports techniques N° 31, avril 1951.

77 - O.M.S. - L'hôpital psychiatrique public. 3ème rapport du Comité d'experts de la Santé mentale. Série de rapports techniques N° 73, novembre 1953.

78 - O.M.S. - Législation relative à l'assistance psychiatrique - 4ème rapport du Comité d'experts de la Santé mentale. Série de rapports techniques N° 98, juin 1955.

79 - O.M.S. - L'hôpital psychiatrique public. Centre d'action préventive en santé mentale. 5ème rapport N° 134, 1957.

80 - O.M.S. - Comité d'experts des soins infirmiers psychiatriques. 1er rapport -(Genève, 1955.

81 - PARCHAPPE - Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés - Masson, 1853.

82 - PAMEIJER - Hôpital psychiatrique d'assistance externe. Le service externe de l'établissement psychiatrique municipal "Maasoord" à Rotterdam.
C.M.A.N.F., 1929.

83 - PAUMELLE (Ph.) - Le no-restraint.
(Information psychiatrique, février 1952).

84 - PAUMELLE (Ph.) - Assistance extra-hospitalière -
(Encyclopédie médico-chirurgicale, 37.950 A.10, 1956).

85 - PINEL (Ph.) - Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. (Brosson, Paris, 1809).

86 - RACAMIER (P.C.) - Propos sur la coloration fonctionnelle en psychiatrie.
(Information psychiatrique, juillet 1956).

87 - Rapport du Comité des Inspecteurs généraux, 1911.

88 - RAYNIER (J.) - Rapport d'Inspection de 1923.

89 - RAYNIER (J.) et BEAUDOUIN (H.) - L'assistance psychiatrique française. (Le François, Paris, 1950).

90 - RAYNIER (J.) et SANTENOISE - L'Hôpital psychiatrique départemental des Vosges.
(Techniques hospitalières, septembre 1951).

91 - REGIS (A.) et BONNAFE (L.) - Bilan et perspectives de la protection de la santé mentale en France.
(Information psychiatrique, août 1951).

92 - RONDEPIERRE - A propos de la réforme de l'assistance hospitalière aux malades mentaux.
(Information psychiatrique, novembre 1951).

93 - ROULOT - Considérations sur l'encombrement des hôpitaux psychiatriques et les moyens d'y remédier.
(Revue administrative des hôpitaux psychiatriques, N° 11, 1er trimestre 1951).

94 - RUFF - De l'architecture des hôpitaux psychiatriques.
(Thèse, Paris, 1954).

95 - SERIEUX (P.) - L'assistance aux aliénés en France, en Italie et en Suisse. (Imprimerie municipale, Paris, 1903).

96 - SIVADON (P.) - L'assistance extra-hospitalière (vers une assistance extra-hospitalière efficace).
(Annales médico-psychologiques, T. I, janvier 1947).

97 - SIVADON (P.) - Tendances actuelles de l'hôpital psychiatrique.
(Techniques Hospitalières, juin 1952).

98 - SIVADON (P.) - Faut-il supprimer la Loi de 1838 sur les aliénés? (Information psychiatrique, décembre 1956).

99 - SIVADON (P.) - Esquisse d'un équipement psychiatrique. (Techniques Hospitalières, mars 1956).

100 - SIVADON (P.) - L'assistance psychiatrique de demain. (Techniques Hospitalières, janvier 1956).

101 - SIVADON (P.) - Les conceptions architecturales en psychiatrie - (5ème Congrès international des techniciens de la Santé. Paris juin 1956).

102 - SIVADON (P.) - La sortie de l'hôpital psychiatrique - (Présences, 1956).

103 - SIVADON (P.) et BAUME (S.) - Le club de post-cure de l'Elan. (Annales médico-psychologiques, 1952, T.I., pp. 489-492).

104 - SPILLMANN (A.) - L'armement psychiatrique du département de Seine-et-Oise,
- l'Hôpital Barthélémy-Durand à Etampes,
- l'Hôpital "Charcot" à Plaisir.
(Techniques Hospitalières 1959, N° 160 et 167).

105 - TOOTH (Geoffrey) - L'hôpital psychiatrique et sa place dans le service de santé mentale. (Information psychiatrique, juillet 1957).

106 - TORRUBIA (H.) - A propos de la psychiatrie de secteur. (Information psychiatrique, octobre 1959).

107 - UEBERSCHLAG (E.) - L'hôpital psychiatrique de Lannemezan, une étape dans l'évolution de la psychiatrie française. (Techniques Hospitalières, mars 1955).

108 - UEBERSCHLAG (E.) - L'hôpital psychiatrique moderne. (Techniques Hospitalières, mai 1956).

TABLE DES MATIERES

page

Introduction 1

Première partie :

Aperçu historique des conceptions architecturales en matière d'hôpitaux psychiatriques 4

I- "La préhistoire" de la psychiatrie 5

II - Le rôle précurseur des pays islamiques 6

III - Au XVe siècle, en pays chrétien 7

IV - Au XVIe siècle 8

V - Du XVIIe siècle à Pinel 9

VI - Le début d'une ère nouvelle 11

VII - Le début du XXe siècle 17

VIII - La période d'entre-les-deux-guerres 20

Deuxième partie :

I - Analyse de quelques rapports parmi les principaux ayant trait au problème 27

II - Tentatives d'application des normes dégagées . 59

1 - Quelques exemples de rénovation de vieux asiles 59

2 - Construction d'hôpitaux psychiatriques modernes 65

Troisième partie :

Perspectives d'avenir 72

I - Voies d'abord du problème 74

II - Critiques du système actuel 76

III - Suggestions pour l'avenir 82

Conclusions 103

Bibliographie ..... A

TABLE DES MATIERES